

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o

619

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges MOUTHON

Né le 29 décembre 1910 à Paris (Seine)

Ex-Interne de l'Hôpital Péan

APPENDICITE
et
GROSSESSE

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

612

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551427_0035

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Georges MOUTHON

[Né le 29 décembre 1910 à Paris (Seine)

Ex-Interne de l'Hôpital Péan

APPENDICITE
et
GROSSESSE

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N..
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (E) .. Pathologie médicale.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BULLJARD..... Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
FEY..... Urologie.
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
GAYET..... Physiologie.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENEAU... Pathologie médicale.
HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
HAZARD..... Pharmacologie.
HUGUENIN..... Anatomie pathologique
JOANNON..... Hygiène.
LABBE (Henri). Chimie biologique.
LACOMME..... Obstétrique.
LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN..... Pathologie médicale.
OBERLING..... Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
PIEDELIEVRE . Médecine légale.
PORTES..... Obstétrique.
RICHET..... Physiologie.
SANNIE..... Chimie biologique.
SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
TROISIER Pathologie expérimentale
TURPIN..... Pathologie médicale.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH..... Pathologie chirurgicale
BESANÇON.... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
BUSQUET..... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT Clinique médicale.
 SEZARY Clinique médicale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCC Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE..... Clinique obstétricale.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE ... Puériculture.
 FREY..... Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE
(*In Memoriam*)

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a inspiré le sujet de ce travail.
Hommage de ma respectueuse admiration
et de ma très vive gratitude
pour la bienveillance qu'il m'a fait
l'honneur de me témoigner.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Respectueux hommage de mon profond dévouement et de ma vïve reconnaissance pour la confiance qu'il a bien voulu m'accorder pendant l'année que j'ai passée dans son service.

A Monsieur le Professeur Agrégé LANTUÉJOUL
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

Respectueux hommage.

A Monsieur le Professeur Agrégé VAUDESCAL

Hommage respectueux.

A MON MAITRE

Monsieur le DOCTEUR L. GARRELON.

CHEF DES TRAVAUX DE PHYSIOLOGIE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

*Hommage de ma très respectueuse
affection et de ma vive reconnaissance
pour la confiance qu'il a bien voulu
m'accorder depuis cinq ans particu-
lièrement pendant l'année où j'ai eu
l'honneur d'être moniteur dans son
laboratoire.*

A mes Collègues du Laboratoire des
Travaux Physiologiques de la Faculté

Docteur ROBERT THUILLANT

GUY CASTELLO

DOCTEUR ROBERT MALEYRIE

ROLAND BOISSEAU

DOCTEUR JACQUES BOUVIER

En toute amitié

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

M. le Professeur ACHARD

M. le Professeur DELBET

M. le Docteur LAUNAY

M. le Docteur HALBRON

M. le Professeur MATHIEU

M. le Professeur LEREBoullet

M. le Docteur HUET

M. le Professeur LEMAITRE

M. le Professeur GOUGEROT

M. le Professeur MARION

M. le Professeur TERRIEN

M. le Professeur CLAUDE

M. le Professeur LEMIERRE

A MES MAITRES DE L'HOPITAL PEAN

A Monsieur le Docteur DELAUNAY

(*In memoriam*)

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HOPITAL PÉAN
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Monsieur le Docteur BESSET

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL PÉAN

M. le Docteur ROCHE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL PÉAN

Monsieur le Docteur DIDIER

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL PÉAN

Monsieur le Docteur BOMPART

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL PÉAN

Monsieur le Docteur BOURDIER

OPHTALMOLOGISTE DES HOPITAUX

Monsieur le Docteur LERROUX

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HOPITAUX

*Respectueux hommage de mon
profond dévouement et de ma très
vive reconnaissance pour la bienveil-
lance qu'ils m'ont fait l'honneur de
me témoigner pendant mes trois années
d'Internat.*

A Monsieur le Professeur Agrégé OBERLING

Hommage respectueux

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

BARIÉTY, BOURGEOIS

MÉDECINS DES HOPITAUX

A MESSIEURS LES DOCTEURS MERGER

WEILL, DEGOS, RAGUT

CHEFS DE CLINIQUE ET ANCIENS CHEFS DE

CLINIQUE A LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Nous nous sommes proposé dans ce court travail d'essayer de préciser le traitement de l'appendicite pendant la gestation. D'autre part, nous rapportons toutes les observations d'appendicite opérées pendant douze ans dans la clinique Tarnier de 1923 à 1934 inclus. Cette grande maternité parisienne jouissant d'un prestige ancien a une clientèle attirée qui suit fidèlement les consultations pendant la période de gestation. Les parturientes présentant un symptôme anormal qui les inquiète reviennent naturellement à la consultation où se trouve leur dossier. Aussi les statistiques que nous avons établies prennent-elles une signification plus absolue et plus proche de la réalité que certaines statistiques constituée par l'assemblage disparate d'observations d'origines diverses.

Nous tenons à remercier tout spécialement notre Maître, M. le Professeur BRINDEAU pour son enseignement clinique que nous suivons depuis deux ans et pour la bienveillance avec laquelle il nous a ouvert les Archives de TARNIER ; MM. les Professeurs agrégés

LANTUÉJOUL et VAUDESCAL de l'aide qu'ils nous ont apportée pour la préparation de cette thèse.

Enfin, MM. les Docteurs BESSET, ROCHE, DIDIER, BOMPART nos Maîtres de l'Hôpital Péan pour les conseils qu'ils nous ont prodigués pendant trois ans et les observations qu'ils nous ont permis de publier dans ce travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Jetons un regard rapide sur les publications que les auteurs tant étrangers que français ont fait paraître sur *L'appendicite au cours de la grossesse*, une impression de grande confusion se dégage de prime abord.

Néanmoins, nous nous apercevons très rapidement que l'étude de « l'appendicite au cours de la puerpéralité » est de date relativement récente en France et ne remonte guère qu'à trente cinq ans environ. Avant 1898, dans la bibliographie du sujet que nous traitons, nous relevons uniquement des noms américains : F. MUNDE, ABRAHAMS, MIXTER, etc...

En 1898, les grands noms de la médecine française s'emparent de la question, inspirent des thèses et provoquent devant les sociétés gynécologiques et obstétricales des discussions d'où jaillissent des conclusions désormais classiques.

A partir de 1900, les observations se multiplient en Amérique, en Allemagne, en Suède, en Espagne, en Italie et l'on voit quelques statistiques éclore, portant sur un très grand nombre de cas (JERLOW 456 cas). De ces statistiques découlent des conclusions qui infirment ou confirment celles de la période classique.

Nous sommes donc en droit de distinguer trois périodes dans l'historique de l'*Appendicite au cours de la puerpéralité*.

1^o Période de début (avant 1898);

2^o Période classique française (1898-1900).

3^o Période de grandes statistiques, de 1900 à nos jours.

1^o PÉRIODE DE DÉBUT

On confondait au début, chez les femmes enceintes, appendicite et péritonite. Un certain nombre de malades présentaient des signes péritonéaux et les médecins disaient : « Elles meurent de péritonite ». La première observation vraisemblable d'appendicite au cours de la gestation fut rapportée en 1848 par HANCOCK dans *The Lancet*. Il s'agissait d'un abcès de la fosse iliaque droite au cinquième mois de la grossesse. Après ouverture et drainage de l'abdomen, la malade finit par guérir mais l'avortement ne put être évité.

La première observation réelle avec vérification, post-mortem, remonte à 1885. A l'ouverture de l'abdomen d'une femme morte de péritonite aiguë au cours du 6^e mois de sa grossesse, KOHN (*Société de Chirurgie de Dresde*, 1885) trouve un appendice perforé adhérent en partie à l'utérus.

A partir de 1886, date à laquelle REGINALD FITZ (*Ann. J. of. Ped., sc.*, p. 321), publie son mémoire original dans lequel il isole l'appendicite comme entité clinique, les observations se multiplient.

Pendant l'année 1890-1891, les auteurs américains STIMSON, HIRST, WIGGIN rapportent plusieurs cas.

Paul F. MUNDE en 1894, attire l'attention des accoucheurs et des chirurgiens par une étude des relations de l'appendicite et de la grossesse. Il est très affirmatif avec d'autres auteurs américains contemporains (ABRAHAMS, MIXTER, MAC ARTHUR) sur :

- a) la prédisposition des femmes enceintes à l'appendicite ;
- b) la gravité particulière de cette affection pendant l'état puerpéral ;
- c) la nécessité d'une thérapeutique chirurgicale.

2^e PÉRIODE CLASSIQUE (FRANÇAISE)

La seconde période que l'on peut considérer comme classique est essentiellement française. En 1897,

TUFFIER et LEGENDRE publient en effet la première observation en France. Au cours de l'année scolaire DIEULAFOY à son tour s'intéresse au sujet et y consacre une de ses cliniques (cliniques de l'Hôtel-Dieu 1897-1898) (t. II, 16^e leçon). Puis, PINARD déchaîne de nombreuses discussions à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris de 1898 à 1900. Il semble rallier tous les suffrages et fait paraître le premier un travail d'ensemble sur *L'appendicite au cours de la gestation*.

Dans ce travail, il réunit 45 observations et arrive aux conclusions suivantes :

a. à n'importe quel moment de la grossesse, qui semble y prédisposer, l'appendicite peut survenir ;

b. l'appendicite pendant la gestation est à la fois très grave pour la mère et pour l'enfant. Sur 45 cas observés, on notait : 11 fois la mort de la mère et 15 fois la mort de l'enfant ;

c. le diagnostic de l'appendicite est possible et même facile pendant la gestation en se basant sur les symptômes classiques précisés par DIEULAFOY. La précocité du diagnostic est capitale pour l'efficacité du traitement ;

d. l'intervention en présence d'une appendicite liée à l'état puerpéral doit être encore plus précoce que de coutume et PINARD se ralliait à l'opinion de MUNDE qu'il faut traiter l'appendicite sans se préoccuper de la grossesse ;

c. grâce à une intervention faite en temps opportun, le pronostic devient beaucoup moins sombre. Au cours d'une appendicite restée localisée en effet, on peut alors espérer la guérison et l'accouchement à terme. Au cours d'une péritonite appendiculaire généralisée on verra, malgré l'intervention, presque toujours l'interruption de la gestation se produire mais assez souvent la mère sera sauvée.

3^e PÉRIODE DE GRANDES STATISTIQUES

A partir de 1900, nous entrons dans une troisième période différente par ses caractères des deux précédentes. Les auteurs récapitulent tous les cas qu'ils voient ou qu'ils ont vus dans les hôpitaux et dans leur clientèle. Nous assistons à l'éclosion de multiples statistiques plus ou moins importantes.

1903, BOIJE réunit 76 cas ;

1906 STOEHLER réunit 28 cas ;

1911 SCHMID auteur allemand rassemble 458 observations ;

1912 ROUTIER, dans la thèse de son élève PÉ-NARD publie une soixantaine de cas personnels ;

1917, HEINECK, peut réunir 173 observations.

Enfin, plus près de nous, un Suédois, EMILE JER-LOV publie 456 cas.

De ces statistiques reproduites plus loin, il se dégage, mais assez timidement une notion sur laquelle nous insisterons : *La grossesse ne prédispose pas à l'appendicite* contrairement à l'opinion émise pendant la première période par les auteurs américains et reprise pendant la période suivante par les auteurs classiques.

En dehors de ces grandes statistiques, cette période est caractérisée par le nombre d'observations publiées devant les Sociétés de gynécologie et d'obstétrique ou chaque auteur insiste soit :

1° *Sur le caractère particulier d'un symptôme.* (Jerlow note l'ordre de fréquence de la localisation de la douleur : 1/4 inférieur de l'abdomen droit, creux épigastrique, point de Mac Burney. Toupet, dans la thèse de son élève Boury, fait ressortir le caractère incoercible de certains vomissements de l'appendicite pendant la grossesse. JEANNIN et BRINDEAU en 1910 présentent des observations de cas graves où il n'y a pas de température et un pouls relativement lent ;

2° *Sur la difficulté particulière d'un diagnostic* (Lemeland, occlusion intestinale, salpingite) ;

3° *Sur un facteur aggravant pour l'évolution,* (thèse de SÉGUY), importance du travail d'avortement ou d'accouchement.

4° *Soit enfin sur le traitement ou un point du traitement.* Evacuation de l'utérus.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

L'opinion classique depuis les retentissantes discussions de 1898-1900 voulait avec **LEGENDRE**, **TUFFIER**, **DIEULAFOY** et **PINARD** que la gestation prédispose à l'appendicite.

1° LA GROSSESSE PRÉDISPOSE-T-ELLE A L'APPENDICITE ?

C'est la première question que nous soulèverons dans ce chapitre. Pour y répondre, il nous suffira de remarquer la plus ou moins grande fréquence de l'appendicite pendant la gestation.

Nous examinerons successivement deux sortes de statistiques :

- a.* celles des accoucheurs ;
- b.* celles des chirurgiens.

A. *Statistique des accoucheurs :*

PINARD avait dit que l'appendicite était relativement fréquente. Or il n'a trouvé qu'un cas sur 11.497 femmes accouchées à la Maternité Baude-locque.

VON ROSTHOM sur 2.700 gestations ne trouve que deux appendicites.

CHROBACK de Vienne sur 13.000 accouchements, 13 cas d'appendicite.

Nous apporterons en dernier la statistique des appendicites relevées dans une grande maternité parisienne : la clinique Tarnier. Cette statistique s'étendant de 1923 à 1934 inclus, c'est-à-dire sur 12 années consécutives présente une grosse valeur car la clinique obstétricale de la rue d'Assas a un vieux renom prouvé par la fidélité remarquable de sa clientèle comme le montre le fichier de la consultation. Si au cours de sa gestation, une femme présente un symptôme qui l'inquiète (température, douleurs, vomissements) elle revient naturellement à la consultation où l'on a son dossier.

Nous présentons cette statistique sous forme de deux tableaux :

Tableau N° 1

Année	Nombre d'appendicites	Nombre d'accouchements
1923	1	2.998
1924	1	3.498
1925	0	2.983
1926	0	2.417
1927	3	3.389
1928	4	3.458
1929	1	3.114
1930	3	3.340
1931	2	3.180
1932	1	2.857
1933	2	2.644
1934	1	2.252

Ce qui donne en 12 ans 19 appendicites sur 36.130 accouchements.

Tableau N° 2

N°	Age	Qualité	Évolution
1	4 mois $\frac{1}{2}$	aiguë	accouchement normal guérison
2	5 mois	péritonite généralisée	décès
3	3 mois	subaiguë	erreur de diagnostic ovaire scléro kystique
4	2 mois	subaiguë	guérison
5	suite de couches	aiguë	guérison
6	5 mois $\frac{1}{2}$	subaiguë	guérison accouchement à terme
7	3 mois	chronique	guérison
8	4 mois	péritonite généralisée	guérison avortement
9	5 mois $\frac{1}{2}$	aiguë	guérison
10	3 mois	chronique	guérison
11	2 mois $\frac{1}{2}$	chronique	guérison
12	2 mois	subaiguë	guérison
13	2 mois	subaiguë	guérison
14	1 mois $\frac{1}{2}$	chronique	guérison
16	4 mois	subaiguë	guérison
17	2 mois	chronique	guérison
18	2 mois	subaiguë	guérison
19	2 mois	subaiguë	guérison

De l'ensemble de ces statistiques, il ressort que l'on trouve en moyenne une appendicite sur 2.000 accouchements.

B. Statistique des chirurgiens :

FRAENKEL, sur une statistique d'ensemble de toutes les affections obstétricales et gynécologiques portant sur 40.000 cas, relève quatre appendicites.

A l'Hôpital du *Mont-Sinaï à New-York*, sur 731 appendicectomies, 7 gestations.

SCHMID trouve un pourcentage un peu plus fort : 25 femmes enceintes sur 1.000 appendicites.

ROUTIER en 1912 publie dans la thèse de son élève PÉNARD 12 observations sur 1.300 opérations.

SÖNNENBURG relève 4 grossesses sur 2.000 appendicectomies.

EISELBERG, 13 sur 520.

Plus près de nous, JERLOW publie 456 appendicites de la gestation sur 30.000 appendicites.

Dans ce travail, nous apportons la statistique d'un de nos maîtres le Docteur DIDIER, chirurgien de l'hôpital Péan. Sur 2.000 appendicectomies pratiquées sur des femmes dont l'âge variait entre 16 et 55 ans, il a relevé 19 appendicites de la gestation.

De cette statistique qui se rapproche de celles de ROUTIER, de JARLÖV, il ressort que l'on rencontre une appendicite de la puerpéralité sur 100 appendicectomies.

La comparaison de ces deux catégories de chiffres, (1 appendicite sur 2.000 accouchements, 1 gestation sur 100 appendicites), impose une conclusion :

L'appendicite est rare pendant la grossesse.

Alors pourquoi vouloir faire jouer à l'état gravide, un rôle dans l'étiologie de l'appendicite au cours de la puerpéralité ? Une autre conclusion s'impose découlant de la première : « *La grossesse ne prédispose pas à l'appendicite une femme sans antécédents appendiculaires.* »

II. — LA GROSSESSE EST-ELLE UN FACTEUR DE RÉCIDIVE DE CRISES ANTÉRIEURES ?

Certains auteurs expliquent la pseudo-facilité avec laquelle les femmes enceintes contractent l'appendicite en soutenant qu'il se fait une récurrence au moment de la grossesse.

a. Tel n'est pas l'avis de BOIJE. LABHART reprenant les explications de BOIJE prétend que la congestion de tout l'appareil génital, loin de provoquer des récurrences a une influence heureuse sur l'évolution de l'appendicite.

Cette opinion est plus que contestable. BOIJE et LABHART sont deux des rares auteurs soutenant cette thèse. L'explication qu'ils donnent ne repose

sur aucun fait expérimental et est en contradiction formelle avec la loi de pathologie générale d'après laquelle l'état congestif d'un organe produit un réveil de foyers inflammatoires.

b. Sans être défavorable la puerpéralité peut être indifférente à l'évolution de l'appendicite. C'est ce qu'illustre assez nettement l'observation suivante publiée par Froelich en 1914 à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris.

« Une jeune femme de 23 ans enceinte de 4 mois avait depuis trois semaines des douleurs dans la fosse iliaque droite lorsque subitement elle fut prise d'une douleur vive dans le côté droit. On notait alors un ventre tendu avec réaction de défense ; une température de 39°. Il y avait eu trois vomissements en 24 heures, glace sur le ventre et diète.

Le lendemain même état.

Le surlendemain le professeur HERGOTT appelé en consultation comme le Docteur FROELICH élimine la salpingite et pense à l'appendicite. A ce moment il existe au-dessus du ligament inguinal un plastron dur et douloureux.

Huit jours après, la température est à 37°8. Le poulx à 100. La masse persiste mais a régressé.

Quatre semaines après la malade est guérie.

Accouchement normal à terme.

Par la suite la malade présente deux nouvelles gestations avec accouchement normal sans qu'aucune récurrence ne se soit produite ».

D'après cette observation la gestation n'est manifestement pas un facteur de récurrence.

PONCET dans la thèse de son élève BOUILLER pense que la grossesse n'a pas d'action étiologique sur l'inflammation appendiculaire.

VINAY est du même avis : « Aucune condition pathogénique de l'appendicite, écrit-il, ne se trouve réalisée par la grossesse. Elle ne détermine pas de virulence plus marquée du colibacille lui permettant d'infiltrer les parois de l'organe, elle ne détermine pas davantage de torsion de l'appendice. Elle ne prédispose pas à la réception de corps étrangers, et, du reste, la maladie ne présente rien de spécial dans son évolution ».

c. Mais la majorité des auteurs inclinent à penser que la grossesse est un facteur de récédive. L'observation de TUFFIER (*Revue d'obs. et de péd.*, 1897) aujourd'hui classique en est un éclatant témoignage.

Mme X..., 34 ans, constipation opiniâtre a eu au cours de sa première grossesse (vers la fin du huitième mois) des accidents très graves du côté de la fosse iliaque droite. On croit à une fièvre typhoïde — température à 39° et 40° pendant 15 jours. Tout se termine par l'ouverture d'un abcès dans le coecum et l'expulsion d'une quantité de pus fétide. La grossesse continua son cours. La malade guérit.

Un an après, nouvelle grossesse, douleur dans la fosse iliaque droite, poussées fébriles, vomissements. L'accouchement a lieu à terme : depuis cette époque cette femme ne ressent que des douleurs vagues dans la fosse iliaque.

Troisième grossesse, à deux mois douleurs dans le flanc droit, à quatre mois douleurs, tuméfactions, pas de fièvre. Diagnostic : appendicite sans suppuration. Traitement médi-

cal. Au bout d'un mois les symptômes s'aggravent. J'incise. Je trouve une tumeur kystique de l'ovaire droit du volume d'une orange. Je l'extirpe. L'appendice fibreux est soudé à la face postérieure du coecum. Je le dissèque. Résection au thermo-cautère et suture. L'appendice contenait un gros calcul pierreux d'origine stercorale. La guérison se fit sans incident. La grossesse continua son cours. Accouchement heureux à terme d'un enfant vivant.

Pour se rallier à cette opinion, les divers auteurs se basent sur différentes remarques.

Les uns avec Weber pensent que l'appendicite primitive est très rare chez la femme enceinte.

Les autres séparant dans leurs statistiques les primipares des multipares arrivent à cette conclusion que les trois quarts des appendicites surviennent chez les primipares. C'est ce qui découle d'ailleurs de notre travail. Sur 19 observations nous relevons 12 appendicectomies au cours de la première grossesse. Celle-ci a donc une action incontestable comme facteur de récurrence.

Enfin certains auteurs examinent les antécédents de leurs malades.

PÉNARD sur 70 observations trouve 24 % sans antécédents appendiculaires, 65 % avec une ou plusieurs crises antérieures.

SÉGUY dans 50 % des cas trouve une récurrence d'appendicite pendant la gestation. Ce chiffre nous paraît fort raisonnable.

SCHMID sur 162 appendicites chez la femme enceinte a trouvé 125 fois des récidives.

FELLNER et VIGNES en particulier vont plus loin. Ils affirment que toute femme ayant eu une première crise doit nécessairement récidiver pendant la puerpéralité. Cette appréciation est par trop dogmatique ; néanmoins on peut avancer sans crainte de démenti que *dans la plupart des cas la gestation est un facteur de récidence d'appendicite.*

Quelles sont les causes qui président à ces récidives.

Nous évoquerons successivement :

1. la constipation,
2. l'infection par le colibacille,
3. les causes mécaniques,
4. la propriété lithogène de la grossesse (Dieulafoy),
5. l'état d'anergie de la femme enceinte pendant les suites de couches.

Reprenons ces différentes causes.

1^o Les auteurs américains ont attaché une grande importance à la constipation. Les auteurs classiques et contemporains sont moins absolus car la fréquence de la constipation souvent opiniâtre dans une grossesse normale cadre peu avec la rareté de l'appendicite au cours de la puerpéralité.

2. Pendant la grossesse il se produit une exaltation de la virulence des microbes intestinaux, du colibacille en particulier. C'est ce qu'ont bien montré les Professeurs BAR, WEITZ, LEMIERRE.

BAR enseignait à Tarnier que l'appendicite est une manifestation de la colibacillose chez la femme enceinte au même titre que la pyélonéphrite.

Souvent dans l'appendicite on trouve des urines troubles. De nombreux auteurs ont d'ailleurs pu noter l'association de la pyélonéphrite avec l'appendicite pendant la puerpéralité.

3. Comme nous le verrons dans le chapitre anatomie pathologique le cœcum et par suite l'appendice peuvent se déplacer sous l'influence du développement de la masse utérine. Il faut considérer successivement deux cas.

Le cœcum est libre. L'angle iléo-cœcal non adhérent, et l'appendice sont susceptibles de s'élever dans l'abdomen comme le ferait une anse grêle en suivant l'ascension de l'utérus au fur et à mesure de son développement.

Le cœcum est fixé, soit anatomiquement dans la fosse iliaque par suite du plus ou moins grand accollement du mésocolon ascendant (TUFFIER ET ALGLAVE), soit à la suite de crises antérieures aiguës ou chroniques par des adhérences avec le péritoine pariétal ou utérin.

Lorsque le cœcum est fixé on conçoit que l'appendice ne subisse qu'un déplacement très limité et qu'il soit le siège de tiraillements, compressions, coudures,

causes d'un réveil, d'une récurrence d'inflammation ancienne.

4. Accessoirement signalons l'argument de DIEU-LAFOY. Il soutenait que la grossesse favorise la formation de calculs non seulement dans le foie mais encore dans l'appendice. Il existerait une lithias appendiculaire comme il existe une lithias vésiculaire. La pathogénie de l'appendicite pour quelques auteurs est le calcul stercoral.

5. On a enfin prétendu que dans les suites de couches, la femme était dans un très mauvais état pour supporter une appendicite. M. BRINDEAU déclare que la parturiente est en état d'anergie, de microbisme latent, disait-on du temps de BUDIN. (*Leçons du jeudi, clinique* TARNIER, 1926). Dès qu'elle est accouchée on peut voir survenir une nouvelle crise.

De tous ces arguments nous pouvons en retenir deux. L'*hypervirulence colibacillaire* et l'*action mécanique* (tiraillements, coudures) de l'utérus.

Nous pourrions peut-être en ajouter un troisième. Pendant la gestation il se produit des troubles circulatoires et congestifs au niveau de l'utérus et des organes du petit bassin, troubles qui agiraient dans le même sens que les périodes cataméniales dans le réveil d'anciens foyers appendiculaires.

III. A QUEL MOMENT DE LA GROSSESSE VOIT-ON LE PLUS SOUVENT SE PRODUIRE L'APPENDICITE ?

Au point de vue de l'Etiologie une autre question importante se pose. A quel moment de la grossesse voit-on le plus souvent se produire l'appendicite ? Voici le tableau de PÉNARD qui porte sur 129 cas.

20 fois dans les grossesses	de	1 à 3 mois.
36	— — —	3 à 5 —
36	— — —	5 à 7 —
22	— — —	7 à 9 —

JERLOV donne la statistique suivante :

101 fois dans la grossesse	de	2 à 3 mois
47	— — —	4 —
33	— — —	5 —
31	— — —	6 —
18	— — —	7 —
19	— — —	8 —
9	— — —	9 —

Enfin voici le tableau que nous avons obtenu en prenant toutes les observations inédites que nous publions dans ce travail :

27 fois dans les grossesses	de	2 à 3 mois
13	— — —	3 à 6 mois
2	— — —	6 à 9 mois
1	dans les suites de couches.	

De ces deux dernières statistiques une notion inté-

ressante se dégage. L'appendicite est plus fréquente au début qu'à la fin de la grossesse et l'on peut ajouter avec VIGNES que la fréquence décroît assez régulièrement du début jusqu'à la fin de la grossesse.

IV. A QUEL AGE VOIT-ON LE PLUS SOUVENT SE PRODUIRE L'APPENDICITE ?

Enfin la question d'âge paraît intéressante. D'après JERLOY et M. BRINDEAU, on verrait l'appendicite chez la femme enceinte surtout entre 15 et 30 ans. Dans notre statistique toutes nos malades oscillent entre 20 et 35 ans, la majorité entre 20 et 30 ans. *Nous sommes en droit de conclure avec M. le Professeur Brindeau que l'appendicite survient chez la femme jeune.*

*
* * *

En résumé de ce chapitre, quatre points importants se dégagent :

1° La grossesse ne prédispose pas à l'appendicite une femme sans antécédents appendiculaires.

2° Dans la plupart des cas la gestation est un facteur de récurrence d'appendicite

3° La fréquence de l'appendicite décroît assez régulièrement du début jusqu'à la fin de la grossesse.

4° L'appendicite de la gestation survient chez la femme jeune.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans ce court chapitre, nous verrons brièvement :

1° *Les rapports de l'appendice avec l'appareil génital ;*

2° *Les modifications anatomiques de l'appendice et de l'utérus pendant la gestation ;*

3° *Les modifications pathologiques de l'appendice.*

1° RAPPORT DE L'APPENDICE AVEC L'APPAREIL GÉNITAL

Normalement l'appendice ne présente point de rapport immédiat avec l'appareil génital mais si le cœcum est ptosé ou l'appendice un peu long, ce dernier organe vient en rapport étroit avec les annexes droites. Aussi toute congestion de l'un des organes retentira sur l'autre par simple contact, c'est ce que

SECONDE a désigné d'un mot bien savoureux « *Le flirt appendiculo-ovarien* ». Outre ce contact qui peut survenir spontanément, il existe une fois sur dix environ un ligament appendiculo-ovarien appelé ligament de *Clado* qui avec une chaîne lymphatique reliant les ganglions utérins et appendiculaires assure le retentissement inflammatoire d'un organe sur l'autre.

Si l'appendice est en position pelvienne, c'est l'utérus lui-même qui se trouve en contact avec cet organe et si l'infection appendiculaire évolue vers la formation d'un abcès, l'utérus pourra devenir l'une des parois de cet abcès.

Si une inflammation appendiculaire éclate pendant la gestation ces remarques nous montrent tous les inconvénients qu'il peut en résulter pour l'utérus gravide : simples contractions, infection par l'intermédiaire des trompes pouvant déterminer un travail d'avortement ou d'accouchement.

2°. LES MODIFICATIONS ANATOMIQUES DE L'APPENDICE ET DE L'UTÉRUS PENDANT LA GESTATION

Pour expliquer les récurrences d'appendicite qui se faisaient souvent au moment de la grossesse certains auteurs disaient que le cœcum était refoulé en haut et que c'était ce déplacement qui provoquait la récurrence.

FUTZ en 1903 dans le laboratoire de HIS chercha à vérifier cette opinion.

Faisant des recherches sur les cadavres de femmes enceintes, il concluait que le cœcum, sous l'influence de la gestation se déplaçait suivant trois directions :

- a. de bas en haut ;
- b. de dehors en dedans, c'est-à-dire vers la ligne médiane ;
- c. d'arrière en avant se rapprochant de la paroi antérieure de l'abdomen.

Dans ce mouvement complexe caractérisé surtout par une ascension, le cœcum arrivait au 7^e mois, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, au 8^e mois, tout près du fond de l'utérus sur la ligne mamelonnaire ; enfin à terme sur la ligne mamelonnaire tout près du foie à environ quatre centimètres au-dessous du bord inférieur de ce dernier.

Ces constatations anatomiques cadraient grossièrement avec les constatations cliniques. En effet, la douleur dans l'appendicite au cours de la gestation se trouve plus haut qu'à l'ordinaire. Le point douloureux remonte plus fréquemment vers la région épigastrique, il se trouve rarement au point classique de MAC BURNEY. Pendant un temps, ces constatations ne furent point attaquées.

Puis, elles furent reconnues inexactes. Des études faites sur des pièces congelées par VARNIER puis plus

tard par COUVELAIRE des recherches de cliniciens vinrent anéantir les assertions de FUTZ. Les radiographes reprirent la question, HOFFMANN a radiographié un certain nombre de femmes enceintes (cité par M. BRINDEAU, *Leçons cliniques du jeudi à Tarnier*, 1927). Il a vu que sur 39 cas deux fois seulement l'appendice était en position élevée, dans les 37 autres cas, il était en position presque normale. Sur les 37 cas d'HOFFMANN dans 2,7 % des cas, il était au-dessus de la crête iliaque, dans 10,8 % des cas, au niveau de la crête iliaque et enfin dans 86,5 % des cas, c'est-à-dire dans la grande majorité, l'appendice était au-dessous de la crête iliaque, par conséquent, dans la fosse iliaque et cela chez des femmes à terme.

Enfin FINCK reprit ces recherches et trouva à peu près la même chose.

Il faut donc conclure *que les femmes à terme ont un appendice sensiblement en lieu normal* et en somme en situation peu élevée.

A côté des changements de rapports de l'appendice, il est intéressant de signaler *les modifications de l'utérus*.

Pendant la gestation, l'utérus augmente de volume. Anterversé et pelvien jusqu'au quatrième mois, il devient une véritable tumeur abdominale du cinquième au neuvième mois. Puis brusquement après le travail d'accouchement, le fœtus est expulsé.

L'utérus vidé diminue des deux tiers. Il ne reprendra son volume normal que quelques jours après. C'est la période d'involution.

Ces phénomènes mécaniques influent sur l'apparition et l'évolution des appendicites.

SEGUY dans sa thèse a particulièrement insisté sur l'action du travail d'avortement ou d'accouchement.

Le travail agit surtout sur les foyers appendiculaires enkystés. Un abcès appendiculaire de la fosse iliaque droite sera ouvert pendant l'accouchement. Le pus se répandra sur les anses intestinales et dans toute la cavité péritonéale.

L'appendicite localisée évoluera vers la péritonite généralisée.

L'involution utérine prolonge l'action du *travail*. Si aucun accident ne s'est produit après l'accouchement on pourra néanmoins noter ultérieurement un réveil du processus inflammatoire au niveau de l'appendice ; réveil que l'on peut expliquer par l'involution utérine et son action mécanique continue.

3° LES MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES : LÉSIONS DE L'APPENDICE

Les lésions que l'on trouve au niveau de l'appendice sont celles de l'appendicite en général.

a. *Macroscopiquement*, nous trouvons toute la gamme des lésions, de l'appendicite chronique avec les modifications cicatricielles (rétrécissements, coutures, brides, adhérences, sclérose et épaissement jusqu'à la perforation appendiculaire ayant déterminé une péritonite immédiatement généralisée.

Dans l'appendicite aiguë, nous trouvons un appendice en érection, rouge, congestionné (observation n°5, avec une vaso-dilatation marquée des capillaires circulaires. On peut retrouver à l'ouverture des calculs stercoraux.

Dans l'appendicite avec abcès appendiculaire, l'appendice est souvent introuvable au milieu d'une poche de pus, limitée par des adhérences et d'un côté par la paroi utérine.

Dans la péritonite généralisée (observation n° 2), dès l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un liquide, bouillon sale, avec ou sans odeur. L'appendice apparaît, la pointe en avant, turgescent, en érection, du volume du petit doigt, quelquefois en forme de massue. Il est livide, son méso est œdématié. Il est recouvert de fausses membranes fibrineuses.

Dans l'appendicite gangréneuse on trouve souvent les mêmes lésions mais l'appendice est noirâtre, très souvent rompu circulairement (le long d'une artériole). Une odeur de suppuration anaérobie se dégage de la plaie.

b. Microscopiquement nous trouvons des lésions inflammatoires portant sur la muqueuse, la sous-muqueuse, le tissu lymphoïde ou même toute l'épaisseur de la paroi. Elles peuvent aller de la simple prolifération cellulaire jusqu'à la gangrène. Ces lésions inflammatoires peuvent être dues à des colibacilles, des staphylocoques, des streptocoques ou des anaérobies.

MASSON de Strasbourg à côté de ces lésions inflammatoires banales a aperçu au point de vue de lésions nerveuses une hypergénèse et des névromes surtout développés dans les plexus sous muqueux quelquefois avec cellules argentaффines.

Quelques rares auteurs ont signalé la transformation déciduale de la muqueuse.

Ces modifications pathologiques et anatomiques dans l'appendicite au cours de la grossesse quoique légères concourent néanmoins à aggraver le pronostic de cette affection. Le foyer appendiculaire est tirailé, légèrement déplacé, toute l'infection tend à s'étendre au péritoine entier. Nous insisterons sur ces notions dans le chapitre pronostic. A noter l'effet néfaste du travail prolongé par l'involution utérine.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

L'appendicite pendant la gestation peut se présenter sous des aspects variables : depuis l'appendicite chronique dont le diagnostic sera confirmé par la radiographie jusqu'à la péritonite aiguë généralisée, dont l'évolution se fait en général rapidement vers la mort.

Entre ces deux extrêmes tous les intermédiaires existent. Nous présenterons successivement trois tableaux cliniques :

- I. *L'appendicite chronique.*
- II. *L'appendicite aiguë dans les 48 premières heures.*
- III. *L'appendicite aiguë aux 3^e, 4^e et 5^e jours.*

I. L'APPENDICITE CHRONIQUE

Nous prendrons comme type de description une primipare âgée de 23 ans avec antécédents appendi-

culaires dont les dernières règles remontent à trois mois.

Nous nous trouvons en présence d'une malade qui présente des douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite et la région épigastrique. Puis depuis 1 à 2 mois une anorexie soit élective pour certains aliments lait, viande, graisse, soit en général pour tout ce que prend la malade. Dans ce cas, les repas sont suivis de sensations désagréables de tension abdominale, de plénitude stomacale auxquelles se joignent des éructations, des nausées. Quelquefois à ces nausées font suite des vomissements qui soulagent. La céphalée est fréquente, la constipation souvent opiniâtre.

Devant la persistance de tous ces symptômes, la malade se décide à venir consulter.

L'interrogatoire relève des antécédents appendiculaires (Douleurs dans la fosse iliaque droite depuis 2 ans) que la malade ne prenait pas au sérieux.

A l'examen, nous constatons les signes habituels de grossesse : transformation des seins, pas de tumeur abdominale au palper, par contre au toucher on décèle un utérus de trois mois, col ramolli, signe de HEGAR. Les culs de sacs latéraux sont remplis par l'utérus.

L'abdomen est souple. La palpation décèle un point douloureux situé près de l'ombilic au-dessus

du milieu de la ligne tirée de l'ombilic, à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Si nous soulevons la jambe droite de la femme, nous provoquons assez fidèlement une douleur fugace. Au toucher, on décèle un point douloureux dans le cul de sac latéral droit.

Le tableau clinique est peu net. Le diagnostic hésite entre une légère pyélonéphrite car les urines sont un peu troubles, une petite pointe de salpingite ou plus simplement un début de rétroversion.

Nous pratiquons un examen aux rayons X, après absorption de bouillie bismuthée, qui confirme le diagnostic et nous décide à l'intervention ou à l'attente sous surveillance.

II. APPENDICITE AIGUE

Nous prendrons comme type de description une primipare âgée de 23 ans, enceinte de trois mois. Apparaissant soit brutalement, soit sur un terrain d'appendicite chronique tel que nous venons de le décrire, survient une crise d'appendicite aiguë.

Immédiatement *après le début* des symptômes, la malade accuse une douleur dans la région péri-ombilicale au-dessus et au-dedans du point de MAC BURNEY. En même temps que la douleur nous notons des symptômes gastro-intestinaux, des nausées, une crise de constipation (la constipation est plus mar-

quée depuis que la malade est enceinte). A l'examen, le ventre est souple. Nous déterminons une réaction douloureuse au-dessus du MAC BURNEY.

Le toucher montre un utérus de trois mois, mais ne provoque pas de douleurs dans le cul de sac latéral droit. Nous relevons la température : 37°9, le pouls 86.

Devant cette constipation douloureuse avec fièvre, ce ventre sensible, nous devons penser à une crise d'appendicite c'est-à-dire une appendicite aiguë qui n'a pas immédiatement une allure particulière de gravité.

Nous devons opérer d'urgence.

Deux jours après les symptômes ont évolué :

Nous nous trouvons en présence d'un état infectieux d'intensité peu marquée, moins marquée qu'en dehors de la grossesse, comme en témoignent la température 38°5 et le pouls 100.

Les signes fonctionnels sont soit identiques, soit un peu plus marqués qu'à la période de début.

Les vomissements sont répétés, parfois il n'existe qu'un simple état nauséux.

La douleur abdominale est iliaque droite. Nous notons l'absence de selles. La constipation habituelle de la grossesse se trouve augmentée par la crise appendiculaire. L'interrogatoire décèle en général une ou deux atteintes antérieures de l'appendice.

L'examen permet de mettre en évidence les signes physiques qui sont moins nets que dans l'appendicite hors de la grossesse. La douleur provoquée est abdominale droite, plus haut que le point de MACBURNEY, avec irradiation au creux épigastrique.

La défense musculaire correspondant à la zone douloureuse n'existe pas. Les signes accessoires que l'on recherche ordinairement sont peu nets ou n'existent pas : l'hypéresthésie cutanée, la modification des réflexes cutanés. Par contre, le signe du psoas est très net. Si l'on fait plier le membre inférieur droit, l'utérus devient dur et il apparaît une douleur plus ou moins marquée.

Le toucher vaginal montre un utérus de trois mois en antéversion, un col ramolli. Une légère douleur au cul de sac latéral droit n'attire pas suffisamment l'attention du côté des annexes pour soulever le diagnostic de salpingite droite.

Le toucher rectal lié au toucher vaginal préserve d'une surprise pelvienne.

Le diagnostic positif est un peu embarrassant avec le siège atypique de la douleur, la constipation préexistante de la grossesse, les nausées et vomissements de l'état puerpéral. Néanmoins la température doit faire retenir *l'appendicite* au moment de la discussion du diagnostic différentiel.

Le diagnostic étant soulevé, un double souci doit apparaître :

a) Souci du taux de gravité de la crise observée.

Au point de vue péritonéal il est difficile de porter un pronostic car nous n'avons pas noté de réaction musculaire. Au point de vue, toxi-infectieux, l'impression générale étant bonne, le faciès peu choqué, la température à 38°5 et le pouls à 100, notre pronostic sera plus net et assez favorable.

De toute façon, nous portons un diagnostic opératoire affirmatif d'urgence pour nous mettre à l'abri de toute surprise.

b) Souci de la topographie de l'appendice. L'appendice est certainement en position sensiblement normale car le toucher vaginal et rectal a montré l'absence de signes pelviens.

D'autre part, nous n'avons noté aucun signe lombaire pouvant évoquer une appendicite rétro-cœcale.

Nous appelons d'urgence le chirurgien pour intervenir sans délai. Sans intervention, l'évolution se fait vers la généralisation péritonéale.

III. APPENDICITE AIGUE AUX 3^e, 4^e, 5^e JOURS.

L'évolution de la crise d'appendicite aiguë que nous venons de voir peut se faire si l'on n'opère pas.

a) soit par *résolution rapide* vers la disparition complète de tous les symptômes.

Nous assistons au refroidissement de la crise avec récédive possible pendant le cours de la grossesse ou dans une autre ultérieure.

Opérer toujours après refroidissement complet (apyrexie pendant 20 jours au moins, leucocytose sanguine etc...);

b) soit par *résolution tardive* vers l'apparition des signes de péritonite localisés plastique ou suppurée.

Cette évolution est d'ailleurs rare pendant la grossesse.

α) Plastique.

C'est cliniquement l'apparition du plastron appendiculaire. Au palper, nous sentons une masse empa-tée, diffuse, dure, assez peu douloureuse, descendant à l'arcade remontant plus ou moins vers les fausses côtes.

L'état général est favorable. La température est caractérisée par de petites oscillations. Le plastron peut se résorber lentement sous l'influence du repos complet et de la glace. Il faut surveiller l'état local, la température et la leucocytose et attendre pour opérer.

β) Suppuré.

Le plastron peut suppurer. C'est alors l'abcès appendiculaire. Nous constatons que la température reste à 38°5 avec de légères oscillations autour de ce chiffre. Le pouls à 100. A l'examen du sang nous notons

toujours de l'hyperleucocytose. L'état général s'altère. A la palpation la masse se ramollit, devient fluctuante, plus douloureuse et plus visible de jour en jour.

L'évolution se ferait le plus souvent vers la fistulisation. En réalité cette succession s'observe rarement. Beaucoup d'abcès peuvent se constituer sans avoir été précédés par une péritonite plastique cliniquement appréciable.

Enfin, signalons qu'au moment du travail, l'évolution de cet abcès peut se faire par rupture des adhérences protectrices, vers la péritonite généralisée comme nous allons la décrire.

C'est la péritonite dite en trois temps, la plus redoutable de toutes.

c) Soit *évolution de la crise appendiculaire* vers la péritonite diffuse. C'est l'évolution la plus *fréquente* et la plus *redoutable* qui grève si lourdement le pronostic.

L'évolution se fait d'une façon très insidieuse dans le début surtout lorsqu'elle est à un stade que nous pourrions appeler péritonite généralisée droite (VIGNES).

Nous prendrons comme type de description une primipare de 23 ans enceinte de 6 mois 1/2.

Après deux jours de douleurs dans le bas ventre que la malade interprétait comme contractions utérines la malade fait appeler le médecin. Nous nous trouvons en présence d'une malade au faciès péritonéal, pâle, le nez pincé.

La température est à 39°2, le pouls à 114. La malade a présenté des nausées, puis depuis 1 jour des vomissements et un arrêt complet des matières et des gaz.

Au palper, on sent un utérus de 6 mois 1/2 environ. L'abdomen, surtout en position déclive latérale gauche permet d'apprécier une défense généralisée de la paroi avec prédominance du côté droit. Le météorisme, le ballonnement de l'abdomen commencent à se préciser malgré la contracture.

Au toucher nous sentons un utérus de 6 mois 1/2. Le col est fermé. Le Douglas très douloureux. Devant cet état général très grave, malgré l'intervention qui doit être pratiquée quelle que soit la date et malgré le large drainage le pronostic reste très sombre.

A l'intervention nous trouvons une appendicite gangréneuse perforée. Le cœcum est fortement infiltré et fixé.

La cavité péritonéale et surtout le Douglas renferment du pus fétide. Les annexes ainsi que les anses intestinales de voisinage sont couvertes de fausses membranes. Nous enlevons l'appendice et nous drainons par l'incision abdominale par deux gros drains dont un dans le Douglas et une mèche dans la fosse iliaque droite (drain ou mickulicz).

Immédiatement après nous injectons dans la veine du sérum glucosé à haute dose, dans la fesse,

du sérum antigangréneux de l'Institut Pasteur jusqu'à trois ampoules par jour ainsi que de la spasmalgine pendant 4 à 6 jours.

L'évolution peut se faire de deux façons différentes :

α) La malade vomit encore le deuxième jour puis petit à petit les symptômes péritonéaux s'atténuent et à partir du troisième ou quatrième jour l'intestin recommence à fonctionner. La température se maintient vers 38°5 pendant les trois premiers jours puis redescend graduellement. Le pouls suit la chute de température.

Pour favoriser les fonctions intestinales nous pouvons injecter du sérum de GOSSET (chloruré hypertonique à 20%); une grande quantité de pus sort par les drains. La malade guérit mais le fœtus à 90 chances sur 100 d'être expulsé mort ou vivant mais non viable.

β) Tout au contraire malgré le sérum glucosé intraveineux, le sérum anti-gangréneux la malade continue à vomir, le deuxième jour après l'opération les vomissements deviennent fécaloïde.

Nous faisons une fistule cœcale. La température monte à 39° puis à 39°5, le pouls dépasse 150.

Un subictère des conjonctives apparaît. Il se produit un avortement spontané le troisième jour ou le quatrième. La péritonite hypertoxique suit son cours. La malade meurt vers le 5^e jour après l'intervention.

CHAPITRE V

FORMES CLINIQUES

Nous envisagerons successivement les formes cliniques de l'appendicite chronique, de l'appendicite aiguë.

I. APPENDICITE CHRONIQUE

Nous décrirons des formes cliniques :

1° *suivant l'âge de la grossesse,*

2° *suivant les symptômes.*

I. SUIVANT L'ÂGE DE LA GROSSESSE

1° Nous avons pris comme type de description au 3^e mois la forme la plus fréquente.

2° Il existe une autre forme à partir du 5^e mois. Les symptômes sont sensiblement les mêmes. Le siège de la douleur est un peu plus élevé. Les vomissements

sont prononcés. La température est sensiblement normale. La constipation est opiniâtre. On intervient beaucoup moins facilement qu'au début de la grossesse car les chances d'accouchement prématuré se trouvent augmentées. Il faut surveiller la malade et intervenir à la moindre douleur, à la moindre manifestation subaiguë.

2^o SUIVANT LES SYMPTOMES

L'appendicite chronique affecte souvent une symptomatologie trompeuse. Nous pouvons décrire plusieurs formes qu'il est parfois difficile de rattacher à leur vraie cause.

A) *Forme émetisante.*

Cette forme est particulièrement trompeuse. Les troubles digestifs que nous avons notés dans la forme décrite au chapitre « symptômes » s'accroissent. Les vomissements se font de plus en plus fréquents, succèdent à toute ingestion d'aliments, même de liquides. Les vomissements deviennent « trop incoercibles ». Le rejet des aliments se fait avec une facilité telle que l'on dirait de simples régurgitations. Ils retentissent sur l'état général et inquiètent la malade.

La diarrhée peut alterner avec la constipation. Nous notons un peu de fièvre. Le ventre est sensible à la palpation. La malade est fatiguée, anémiée, amaigrie d'autant plus qu'elle souffre et vomit depuis plus longtemps. Elle est irritable et difficile à examiner. Sa langue est sabburale et nous pouvons noter un léger subictère des conjonctives.

Devant ce tableau d'appendicite chronique émétisante nous devons affirmer que les vomissements ne sont pas gravidiques mais appendiculaires.

Certains auteurs ont été très loin dans cette voie. DELAGÉNIÈRE en 1914 a rapporté 5 cas d'appendicite chronique subaiguë qui avaient causé ou entretenu des vomissements au début de la gestation. Il considère ceux-ci comme dus à des réflexes et les rapproche des vomissements dus à des rétroversions, à des kystes ovariens.

En 1925, le Dr. TOUPET a montré que la plupart des femmes qui avaient des vomissements incoercibles étaient atteintes d'appendicite et il conclut que toutes les femmes qui ont des vomissements incoercibles doivent être opérées. M. BRINDEAU s'élève contre cette supposition qui est fausse car dans 50 % des cas d'appendicite il n'y a pas de vomissements (ce que d'ailleurs nous vérifions dans les 43 observations que nous publions, 20 sans vomissements, 23 avec vomissements).

VIGNES en 1932 publiait une petite statistique établie avec observations recueillies dans sa clientèle particulière sur 73 cas.

a. dans dix cas, où le diagnostic d'appendicite avait été soupçonné antérieurement ou fait de façon certaine, huit fois la femme a eu pendant sa gestation des vomissements ou des nausées, deux fois elle n'en a pas eu (soit 20 % sans vomissements);

b. dans 43 cas, rien n'autorisait à penser à l'existence d'une appendicite, trente-deux fois il y eut des vomissements, des nausées et il n'y en a pas eu onze fois soit 25 % sans vomissements;

c. dans 20 cas il s'agissait de femmes appendicetomisées (17 fois avant la gestation et trois fois pendant), onze ont eu des vomissements et neuf n'en avaient pas (soit 45 % sans vomissements).

B. Forme douloureuse.

Mais bien souvent en dehors de la constipation opiniâtre nous ne notons dans les observations d'appendicite chronique qu'un abdomen sensible. Les douleurs sont vagues au début, erratiques, simples coliques qui peu à peu se localisent.

L'interrogatoire ne tarde pas à vous convaincre que ce n'est qu'après un certain temps que les douleurs appendiculaires acquièrent toute leur intensité et encore cette intensité est-elle bien rarement exces-

sive. Cette douleur a son maximum d'intensité à droite et au point de MAC BURNEY. Elle est le premier cri de souffrance de l'appendice, elle augmente un peu avec l'âge de la grossesse. COOKE a pu dire : « On doit toujours suspecter l'appendicite chaque fois qu'une femme enceinte se plaint de douleurs dans la fosse iliaque et l'hypocondre droit ».

C. Forme colitique.

La température est peu marquée. La douleur survient par crise comme dans une colïte, mais l'irradiation de la douleur se fait de préférence vers l'épigastre rarement vers l'angle colique et presque jamais vers l'S iliaque. La radiographie permettra de confirmer l'origine appendiculaire.

D. Forme épigastrique.

Nous ne ferons que citer cette forme dont la radiographie permettra comme dans le cas précédent de décéler l'origine appendiculaire.

II. APPENDICITE AIGUE

Nous décrirons les formes cliniques suivant :

- a. L'âge de la grossesse ;*
- b. les symptômes ;*
- c. l'évolution ;*
- d. Le siège de l'appendice.*

A. FORMES SUIVANT L'ÂGE DE LA GROSSESSE

Nous avons pris comme type de description dans le chapitre «symptômes» une femme ayant une grossesse de trois mois. Dans la deuxième moitié de la grossesse le tableau se présente un peu différemment car l'utérus est maintenant nettement une tumeur abdominale que nous décelons à la palpation et qui remonte au-delà de l'ombilic. Cette masse gêne considérablement l'examen d'autant plus que normalement l'utérus est en latéro-version droite. Pour se rendre compte du point douloureux fixé, nous aurons avantage à mettre notre malade dans le décubitus latéral gauche. Peut-être d'ailleurs cette manœuvre en comprimant le colon descendant et en faisant refluer les gaz vers la région cœcale est-elle susceptible de réveiller spontanément la douleur (*Demelin et Devraigne*).

Cette douleur est plus haute que le point de MAC BURNEY, généralement para ombilicale. La contraction si elle existe devient plus difficilement appréciable à cause de l'éventration physiologique due à l'écartement des grands droits de l'abdomen.

La température est à 38°-38°5. La constipation est opiniâtre. Le reste du tableau est identique à celui d'une grossesse de trois mois.

B. SUIVANT LES SYMPTOMES

Certaines formes de l'appendicite pendant la grossesse présentent un tableau tellement différent de celui décrit au chapitre des symptômes qu'elles provoquent fréquemment des erreurs de diagnostic. Ces formes sont en général caractérisées par la prédominance d'un symptôme atypique de l'appendicite chez la femme normale.

a. *Forme avec contracture utérine marquée.*

Une femme enceinte de 7 à 8 mois souffre de violentes douleurs dans l'abdomen. Nous l'examinons et nous trouvons son utérus dur comme du bois. Faut-il porter d'une façon absolue et définitive le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire et pratiquer immédiatement le seul traitement qui s'impose devant un tel diagnostic ? Evidemment non. Dans certains cas c'est de l'appendicite. Il semble en effet que dans quelques observations l'appendicite provoque une contracture de l'utérus. Ceci se conçoit d'ailleurs fort bien au point de vue anatomo-pathologique et nous avons insisté sur ce point dans un précédent chapitre. La défense utérine est donc un bon symptôme quand nous trouvons par ailleurs d'autres signes d'appendicite.

M. BRINDEAU dans sa leçon clinique faite à TAR-

NIER en 1927, rappelle l'observation d'une femme qu'il avait examinée à plusieurs reprises pour des douleurs utérines violentes. L'organe était toujours en état de tension et très difficile à délimiter. Il pensait à une grossesse extra-utérine de 5 à 6 mois d'après les règles. J. L. FAURE a ouvert l'abdomen, il a trouvé une grossesse utérine et derrière l'utérus dans la fosse iliaque, il a trouvé l'appendice absolument plié et certainement malade. La femme une fois opérée a été guérie de ces troubles et a continué sa grossesse.

Il faut donc savoir que le diagnostic peut être certainement complexe et retenir que la contracture de l'utérus peut accompagner l'appendicite.

b. *Forme occlusive.*

Une autre forme d'appendicite entraînant une grosse difficulté de diagnostic est représentée par la forme occlusive. Nous nous trouvons en présence d'une malade présentant une constipation opiniâtre avec arrêt des matières et des gaz. Les vomissements bilieux pendant 1 jour ou deux deviennent poracés puis fécaloïdes. L'abdomen se *distend*. Devant ce tableau clinique un diagnostic d'occlusion intestinale s'impose cependant en pratiquant un anus cœcal (contre nature) on peut se convaincre de son erreur.

C'est ce que met bien en évidence l'observation suivante de MAYGRIER publiée dans la thèse de IARCA.

Une femme de 33 ans avait eu ses dernières règles le 15 février. Le 22 août vomissements bilieux, constipation. Les purgations salines, les lavements restent sans effet. Le 24 août les douleurs sont généralisées à tout l'abdomen, pas de selles malgré huile de ricin, température 36°6.

Le 25 août, vomissements poracés, ventre très douloureux la femme entre en travail, accouchement d'un enfant vivant de sept mois environ, délivrance normale. Les douleurs calmées reprennent après l'accouchement. Pas de selles, de gaz. Vomissements, pouls à 90.

Le 26 août, l'état général s'aggrave, température à 36°2, pouls à 100, abdomen très distendu; on fait le diagnostic d'occlusion par volvulus; l'huile de ricin, le lavement électrique restent sans effet. A 7 heures du soir température 37° pouls 110, opération à 11 heures. On se prépare à faire un anus contre nature. On tombe sur une collection de pus grumeleux, drainage, suture. La malade meurt le 27 à 2 heures 1/2. A l'autopsie on trouve un appendice sphacelé et une péritonite généralisée.

c. Forme grave (hypertoxique) sans température et sans accélération du pouls.

Nous signalons cette forme, bien que nous en ayons déjà parlé dans un précédent paragraphe clinique, car c'est une forme importante par ses signes négatifs. La température et le pouls sont importants dans le diagnostic de l'appendicite en dehors de la grossesse. Chez la femme enceinte comme nous le verrons au chapitre suivant du diagnostic, la fièvre n'est pas très élevée. Dans 71 % des cas la température est au-dessous de 39. Dans les cas graves, quelquefois au-dessus de 39°, mais dans les cas extrêmement

graves qui finiront par la mort, il n'y a pas de température.

C'est ce que nous avons pu noter dans l'observation précédente de MAYGRIER. Quant au pouls il est en général un peu plus accéléré qu'il devrait l'être par rapport à la température. Dans les cas très graves, le pouls est relativement lent.

C'est ce que met bien en évidence l'observation publiée par M. BRINDEAU et JEANNIN en 1910 dans le *Bulletin d'obstétrique et de gynécologie*.

Une femme de 37 ans est prise à 3 mois de gestation, de douleurs dans le bas ventre et de vomissements répétés et verdâtres. Le premier examen est fait trois jours après le début des accidents. Il révèle de la défense musculaire et un léger ballonnement de l'abdomen. Cette malade est mise pendant deux jours en observation au lit à la diète et à la glace. Six jours après le début, l'état général s'altère de plus en plus bien que *le pouls ne soit pas accéléré et la température voisine de la normale*. Le toucher vaginal montre pour la première fois un empâtement douloureux des culs de sacs. Par laparotomie médiane on enlève un appendice sphacelé en situation pelvienne. Il y avait du pus bien lié dans le péritoine.

Cinq jours après l'intervention la malade mourrait sans avoir avorté. L'autopsie montra l'existence d'une péritonite généralisée.

d. *Forme avec vomissements incoercibles.*

Cette forme peut se voir dans l'appendicite aiguë et atteindre une gravité extrême mais elle est rare.

C. SUIVANT L'ÉVOLUTION

Nous avons décrit l'appendicite aiguë normale de l'adulte mais il faut signaler les appendicites aiguës précocement graves, par l'un ou l'autre des facteurs suivants :

a. *diffusions péritonéales,*

b. *toxi-infections*

ou tout au moins par la prédominance clinique de l'un ou de l'autre.

a. *appendicites aiguës précocement diffusantes.*

Les signes fonctionnels sont plus accentués que dans la forme normale. Les vomissements sont plus abondants, (d'abord alimentaires). Nous notons des signes d'iléus paralytique.

Les signes généraux sont graves mais variables. Dans une observation de M. BRINDEAU reproduite plus haut, nous notons une température normale, un pouls peu accéléré.

Les signes physiques nous permettent difficilement de faire le diagnostic de diffusion car la contracture pourra être franche quoique peu étendue mais elle pourra être complètement absente. La respiration abdominale est abolie, ou très diminuée et douloureuse. Enfin le toucher rectal est douloureux.

L'interrogatoire nous montre que l'installation

de tous les symptômes s'est faite progressivement en 24 heures. Un diagnostic se pose : celui des syndromes péritonéaux surtout, la perforation gastro-duodénale, mais dans ce cas la douleur est brutale, en coup de poignard.

La diffusion péritonéale peut affecter deux types :

1° Une *installation progressive*, des signes locaux assez nets, une température élevée avec pouls parallèle bien frappé, un faciès favorable font penser à la péritonite purulente franche.

A l'ouverture de l'abdomen nous trouvons du pus franc, des fausses membranes avec un appendice tuméfié et rouge, souvent non perforé. Le pronostic est relativement bon.

2° *Un début brutal* et surtout un déclenchement atrocement douloureux après quelques heures de crise, une température peu élevée, un pouls rapide et mauvais, dissocié, un faciès altéré, de la dyspnée, des signes locaux peu nets font penser à la péritonite putride. L'ouverture de l'abdomen montre du pus fétide, peu abondant, un appendice sphacelé et perforé. Le pronostic opératoire est sévère. Le pronostic vital immédiat repose sur les signes de toxi-infections, sur l'évolution de la péritonite.

Souvent il se superpose un tableau d'occlusion intestinale au tableau de péritonite: On se trouve dans l'obligation de faire une nouvelle intervention

(voir chapitre précédent) toujours grave. L'évolution peut se faire plus tardivement vers un abcès résiduel (surtout du Douglas), un abcès du foie, une fistule stercorale etc. Signalons encore une forme très fréquente dans les péritonites appendiculaires gangréneuses pendant la grossesse. Il n'est pas rare de découvrir opératoirement un appendice perforé, alors que l'examen clinique n'avait pas donné l'impression d'une diffusion grave.

b) Appendicites aiguës précocément graves du fait de la toxi-infection.

Nous les avons déjà décrites dans les formes cliniques suivant les symptômes.

C'est dans ce cadre que s'observent les formes les plus graves.

1. Intoxication suraiguë;
2. Hépatite toxique;
3. Néphrite toxique.

D. FORMES SUIVANT LE SIÈGE DE L'APPENDICE

Nous signalerons surtout trois formes :

- a) *pelvienne*,
- b) *retrocoecale*,
- c) *hépatique*,

et accessoirement la forme meso-coeliaque, et l'appendice à gauche.

Au début, à la phase inflammatoire, nous pouvons envisager deux hypothèses possibles :

Ou bien les signes sont iliaques et l'anomalie topographique est seulement une découverte désagréable au cours de l'intervention,

Ou bien les signes correspondent à un siège atypique de l'appendice et souvent le diagnostic reste hésitant. Certains chirurgiens pourront temporiser en surveillant étroitement. C'est dans ces cas que beaucoup d'appendicites topographiquement anormales n'auront une individualité franche que si elles aboutissent à une suppuration locale :

a) *Appendicite pelvienne.*

Le tableau clinique est assez particulier. La douleur provoquée par la main du médecin est plus profonde que normalement. Le maximum d'intensité se produit non pas au point de MAC BURNEY mais franchement dans la région sous-ombilicale ou parfois nettement dans la fosse iliaque gauche, avec irradiation dans la région rectopelvienne. La situation profonde de l'appendice explique que la palpation ne décèle pas de défense musculaire ; par contre le contact avec la paroi utérine fait comprendre la facilité avec laquelle nous trouvons une tension permanente du muscle utérin.

Nous pratiquons le toucher vaginal et le toucher

rectal qui nous montre l'existence d'un empâtement douloureux du cul de sac latéral droit ou du cul de sac de Douglas.

L'interrogatoire de la malade décèle des signes de réaction vésicale (pollakiurie-dysurie).

Le diagnostic se pose avec la salpingite.

Il faut intervenir. L'évolution a lieu soit vers une pelvi-péritonite ou une péritonite diffuse secondaire liée à une perforation tardive d'une lésion latente soit vers un enkystement dans le pelvis avec possibilité de guérison par ouverture spontanée dans le vagin ou le rectum ou par ouverture opératoire par colpotomie comme dans l'observation suivante de PERY ROCHER et FAVREAU. (*Bull. Soc. gyn. et obstétrique*, p. 83, 1921).

Une secondipare de 22 ans sans antécédents appendiculaires est prise à 6 mois de gestation de violentes douleurs à droite irradiant le long de l'uretère. A l'examen, pas de signes dans la fosse iliaque droite mais l'utérus est en contracture permanente et les vomissements sont fréquents et douloureux. Cinq jours après le début des accidents à la suite d'une purgation les douleurs s'exagèrent. La température monte à 39° avec des frissons répétés. Onze jours après le début le faciès est très altéré, la température ne dépasse pas 38° mais le ventre est ballonné et le toucher révèle pour la première fois une masse résistante dans le Douglas. On pose alors le diagnostic d'appendicite pelvienne et on fait une colpotomie qui donne issue à une grosse quantité de pus fétide à colibacilles. Cette malade guérit et conduisit la grossesse à terme.

b) *Rétrocoecale.*

Cette forme est particulièrement trompeuse pendant la grossesse. Elle se manifeste par une douleur spontanée siégeant au niveau de l'angle costo-vertébral simulant une douleur d'origine rénale ou pararénale.

Généralement il existe du psôitis avec une contraction lombaire qui peut remplacer la contracture de la fosse iliaque. Il peut cependant exister des signes iliaques mais peu marqués. Le diagnostic est souvent très délicat avec une affection que l'on rencontre souvent pendant la grossesse : la pyélonéphrite. C'est un des diagnostics les plus aigus de la clinique (MONDOR) et il est arrivé à certains chirurgiens très avertis d'opérer une pyélonéphrite.

c) *Forme sous-hépatique.*

Les signes sont haut situés dans le flanc et l'hypochondre droit. Le diagnostic est souvent très difficile et se pose avec les suppurations hépatobiliaires et surtout les cholécystites aiguës.

Signalons accessoirement la forme *meso-coeliaque* et l'*appendicite à gauche*.

D'après Lardennois la forme meso-coeliaque se

traduit par des manifestations occlusives qui égarent le diagnostic.

L'appendicite à gauche pourra être vérifiée radiologiquement si les circonstances le permettent.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Dans ce chapitre nous distinguerons deux parties :

1° *Le diagnostic positif ;*

2° *Le diagnostic différentiel.*

DIAGNOSTIC POSITIF

Contrairement à l'appendicite chez l'adulte normal, chez la femme enceinte le diagnostic est moins net, moins tranché. Il repose sur la recherche d'un certain nombre de signes cliniques et la pratique d'épreuves complémentaires.

A) SIGNES CLINIQUES

L'examen clinique doit se faire en deux temps :

A. *L'interrogatoire de la malade.*

a) *Les commémoratifs.*

Il est extrêmement rare que la femme enceinte fasse une crise d'appendicite pour la première fois (BRINDEAU). Le plus souvent à l'interrogatoire on apprend qu'avant sa grossesse elle avait déjà eu deux ou trois crises ou une atteinte chronique antérieure de l'appendice.

b) *La douleur*

La douleur est variable comme intensité. D'après JERLOV qui a eu grand soin de noter tous ces détails, elle siège le plus souvent dans le 1/4 inférieur de l'abdomen droit puis par ordre de fréquence au niveau du creux épigastrique, du point de MAC BURNEY, enfin au niveau de l'ombilic.

c) *La constipation.*

La constipation est opiniâtre elle ne cède pas aux laxatifs, purgatifs habituels. On se trouve en présence des effets additionnés d'une constipation souvent constitutionnelle, d'une constipation gravidique qu'il ne faut pas oublier et surtout d'une constipation appendiculaire.

d) *Les nausées et les vomissements.*

Les nausées et les vomissements ne sont pas très fréquents quoiqu'on pense couramment. M. BRINDEAU ne les retrouvent que dans 50 % des cas. Il s'élève contre l'assertion de TOUPET qui prétend que beaucoup de femmes enceintes ayant des vomissements inco-

ercibles sont atteintes d'appendicite et qu'il faut les opérer.

e) *Températures et pouls.*

Ces deux signes sont importants dans le diagnostic de l'appendicite en dehors de la grossesse. Chez la femme enceinte d'une façon générale la fièvre n'est pas très élevée : M. BRINDEAU déclare que dans 71 p. 100 des cas la température est au-dessous de 39°, dans les cas très graves elle est le plus souvent au-dessus de 39° mais dans les cas extrêmement graves qui se termineront par la mort, il n'y a pas de température. (Voir l'observation de M. BRINDEAU et de JEANNIN résumée au chapitre des formes cliniques) :

Le pouls est un peu plus accéléré qu'il ne devrait l'être par rapport à la température. C'est ainsi qu'avec 38° de température on trouve 80 pulsations par minute.

B. *A l'examen de la malade :*

a) La douleur est un peu déplacée, provoquée rarement au point de MAC BURNEY, le plus souvent au niveau de l'ombilic ou très haut du côté du creux épigastrique. En soulevant la jambe droite de la femme on peut parfois provoquer de la douleur.

b) En dehors de la grossesse un des bons signes est la *défense musculaire*. Chez la femme enceinte, JERLOV ne la retrouve que dans un dixième des cas. Dans les cas graves elle est plus fréquente et on la trouve dans un quart des cas.

c) Certains auteurs ont signalé la *diminution des réflexes superficiels* qui est souvent de règle dans l'appendicite. Chez la femme enceinte elle n'est pas fréquente.

d) Enfin pendant la gestation, un signe particulier embrouille le diagnostic comme nous l'avons vu précédemment : la défense utérine..

Voici une observation qui prouve que la contraction utérine permet quelquefois de porter le diagnostic d'appendicite pendant la grossesse.

Observation du Dr LEMELAND (*Médecine internationale*, mai 1929).

Femme enceinte de 3 mois, pas de troubles de la gestation. Température oscille entre 36°8, 37°2.

Un soir le mari médecin constatant une température de 37°2 avec légère sensibilité dans la fosse iliaque droite nous appelle avec un de nos maîtres chirurgiens. Rien ne permet de faire le diagnostic sauf *la contracture utérine*. Mise en observation. Le lendemain état normal. Température 36°8, pouls 80 mais même contracture utérine. On décide l'intervention. L'appendice est distendu de pus, la paroi est réduite à une pelure d'oignon. Enlevée avec beaucoup de précaution, l'appendice se rompt sur le plateau.

En somme, on peut retrouver chez la femme enceinte les différents signes d'appendicite mais ces signes sont extrêmement variables, relativement rares ; le diagnostic est particulièrement délicat.

B) EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Aussi tous les auteurs se sont-ils ingéniés à rechercher si le laboratoire ne pourrait pas donner des renseignements complémentaires.

a) *Epreuve de la sédimentation des globules rouges.*

Certains auteurs ont prétendu que la sédimentation des globules rouges ne se faisait pas de la même façon dans l'appendicite. M. BRINDEAU déclare que c'est une erreur.

b) *Richesse de la polynucléose dans le sang.*

D'autres ont préconisé l'examen du sang et ont déclaré que l'augmentation des polynucléaires devait faire pencher le diagnostic vers l'appendicite. M. Brin-DEAU déclare encore catégoriquement que c'est une erreur.

c) *Signe de Bastedo.*

Nous signalerons le moyen employé par BASTEDO. On introduit une sonde dans le rectum et l'on injecte de l'air. Dans le cas d'appendicite la femme souffre au bout d'un certain temps dans la fosse iliaque droite. Ce moyen n'est pas à recommander.

d) *Radiographie.*

Les chirurgiens actuellement ont une tendance très marquée à faire examiner leur malade avant l'opération par un radiographe. Chez la femme enceinte où il s'agit très souvent d'accidents aigus il est rarement question d'examen radiographique ; celui-ci ne devient utile que dans les cas d'appendicite chronique où il apporte un élément de certitude non négligeable (voir observations).

* * *

En résumé le diagnostic d'appendicite positif chez la femme enceinte est très délicat à poser. Les symptômes sont sensiblement les mêmes que dans une appendicite en dehors de la grossesse mais l'ensemble du tableau est beaucoup moins net qu'à l'état de vacuité. Ainsi sera-t-on obligé de discuter longuement le diagnostic différentiel. Mais ce qu'il importe c'est de poser le diagnostic et de penser systématiquement à une affection qui, non traitée chirurgicalement dans le plus bref délai, évolue vers la généralisation péritonéale.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous envisagerons le diagnostic différentiel dans le cadre où nous avons présenté nos symptômes.

I. APPENDICITE CHRONIQUE

a) Le diagnostic pour l'appendicite chronique se posera pour les *formes épigastriques* avec les *gastrites chroniques*.

Dans ces dernières, nous retrouvons des nausées, des vomissements, de l'amaigrissement avec troubles nerveux comme dans certaines appendicites chroni-

ques. La radiographie tranchera le plus souvent le diagnostic.

b) Dans les *formes émetisantes*, le diagnostic se posera surtout avec les vomissements incoercibles de la grossesse. CROISIER de Blois en 1903, DELAGENIÈRE en 1914, TOUPET en 1925 ont signalé des cas de vomissements incoercibles d'origine appendiculaire. Comme le montre l'observation suivante de DELAGENIÈRE l'intervention fait rétrocéder les symptômes.

Observation de DELAGENIÈRE du Mans (*Gazette de gynécologie*, mai 1914).

Première grossesse avec vomissements incoercibles qui durent trois mois puis cessent.

Deuxième grossesse : reprise des vomissements incoercibles qui en un mois arrivent aux vomissements biliaires. Alors apparaît un point appendiculaire. La malade est alors amaigrie, le pouls à 115, la température nulle. On opère au deuxième mois et on trouve des lésions de folliculite suppurée. La malade guérit et accouche normalement.

c) Dans les *formes douloureuses* le diagnostic pourra se poser avec les pyélonéphrites gravidiques subaiguës, les annexites chroniques. Mais ces diagnostics seront surtout à envisager dans l'appendicite aiguë avec les formes aiguës de ces maladies. Il faudra, surtout dans les circonstances qui nous intéressent, penser à l'appendicite chronique que l'on oublie bien souvent.

d) Pour la *forme colitique* le diagnostic sera délicat avec l'entéro-colite. Mais dans la colite la douleur sera en barre transversale, moins nettement localisée à l'épigastre ; l'irradiation se fera vers l'angle colique et vers l'S iliaque. La fièvre sera moins élevée. Enfin l'examen des selles mettra en évidence dans la colite des membranes et des glaires.

II. APPENDICITE AIGUE

Nous diviserons l'étude du diagnostic différentiel de l'appendicite aiguë en trois parties suivant la période de la grossesse.

I. *Au début.*

II. *Dans la seconde moitié de la grossesse.*

III. *Après l'accouchement.*

I. AU DÉBUT

Au début de la grossesse nous insisterons surtout sur deux diagnostics, la salpingite droite qui peut coexister avec l'appendicite et la grossesse extra-utérine.

a) *Salpingite droite.*

Ce diagnostic est très difficile à faire car, contrairement à ce que certains auteurs pensent, la salpin-

gite existe pendant la grossesse. Une femme atteinte de salpingite, surtout si celle-ci est unilatérale, peut devenir enceinte bien que cela soit rare. M. BRINDEAU a recueilli 93 cas de salpingite pendant la grossesse. SUNDBERG vers 1926 en a publié 24 cas. Une femme atteinte de salpingite raconte qu'elle souffre au moment des règles et qu'elle a des pertes blanches. A la palpation, si nous essayons de mobiliser l'utérus gravide de 2 ou 3 mois dans le sens transversal, nous provoquons une douleur beaucoup plus vive que dans une appendicite. Au toucher, nous glissons le doigt dans le cul de sac latéral et nous essayons avec la main abdominale de déplacer l'utérus à gauche. Nous tirons ainsi sur la base de la trompe droite et nous provoquons une douleur très vive beaucoup plus marquée dans la salpingite. Le toucher et le palper combinés permettent de sentir entre les doigts un noyau douloureux. Ce dernier signe peut d'ailleurs faire commettre des erreurs de diagnostic comme dans l'observation suivante.

(Observation du Docteur ROUTIER (in thèse Penard).

Mme E..., VIII^e pare souffre depuis longtemps de l'abdomen. A l'examen, on trouve un gros utérus avec à droite et à gauche un noyau que l'on peut saisir entre les doigts. On pense à une double salpingite. La laparotomie médiane montre un utérus gravide (six semaines), les annexes sont saines, l'appendice est long, congestionné. Résection. 7 mois après la malade accouche normalement.

Cette observation tend à confirmer l'opinion de VAUDESCAL; cet auteur prétend que l'intervention seule tranche souvent le diagnostic. Néanmoins, quelquefois avant l'opération, les antécédents, l'examen utérin et para utérin permettront de faire le diagnostic. Il faut noter du reste que dans la littérature on relève des observations où il existe une appendicite suppurée, coexistant avec une annexite droite (M. le Professeur BRINDEAU, PÉNARD).

b) *Grossesse extra-utérine.*

Un diagnostic aussi difficile que le précédent est celui d'appendicite pendant la grossesse et grossesse extra-utérine. C'est en général la grossesse extra-utérine qui est méconnue. Pour bien mettre en évidence l'allure clinique de l'erreur de diagnostic nous rapporterons l'observation suivante :

Observation de M. le Professeur Brindeau

(Leçon du jeudi soir, clinique Tarnier 1927)

Femme enceinte de 3 mois, suivie par un accoucheur et un chirurgien, présente brusquement une première crise douloureuse extrêmement violente dans le côté droit avec des vomissements et un peu de température. On pense à une crise d'appendicite. Le chirurgien fit mettre de la glace sur le ventre. La femme guérit et trois mois plus tard il se produisit une nouvelle crise douloureuse. Le chirurgien conseille d'attendre encore un peu, nous arrivions en effet aux environs du terme. Le fœtus succomba et l'on me fit appeler. Je trouvai une masse volumineuse à côté d'un utérus qui paraissait vide. A l'opération je constatai que cette femme n'avait pas d'appendicite mais une grossesse

ectopique. Il s'était produit en réalité une série de petites fissurations de la poche et de petites hémorragies intrapéritonéales qui avaient fait croire à des crises d'appendicite.

Mais au lieu d'avoir de petits ictus à répétition on peut prendre la rupture brutale de la gestation ectopique pour une crise d'appendicite comme on le retrouve dans les observations de OTTO FALCK, LINDNER, VAUTRIN et TEDENAT, (*Bull. Soc. d'obst. et gyn.*).

On a même signalé la coexistence des deux affections (Pillet, thèse Lyon 1908). L'erreur de diagnostic inverse bien que moins fréquente peut se produire comme il en résulte de l'observation suivante.

Observation du Docteur RÓUTIER, Thèse PÉNARD.

M. D..., entre le 27 juin 1907 à l'Hôpital Necker, salle Foucher. 11^e pare, réglée à 16 ans. Dernières règles le 20 avril. A la fin du mois de mai la malade a eu une hémorragie avec caillots. Depuis 15 jours elle souffre dans le ventre à droite. A l'examen on sent l'utérus reporté vers la gauche et flanqué à droite d'une tumeur assez grosse que l'on précise mal toutefois.

Le 6 juillet la femme a de nouveau une perte de sang. On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Laparotomie médiane. On trouve un utérus gravide. Les annexes sont saines.

Ablation de l'appendice. Il est long, sa cavité est remplie de sang et de fécès.

10 juillet. La femme fait une fausse couche de deux mois environ. Suites excellentes. La malade quitte l'hôpital guérie.

Cependant les écoulements sanguins à l'extérieur avec caillots pouvant s'accompagner de signes d'hé-

morragie interne, quelquefois l'expulsion d'une caduque, la douleur dans le Douglas au toucher profond, l'augmentation insuffisante de l'utérus pour l'âge de la grossesse, la perception d'une masse prolabée dans le Douglas, sont des signes qui doivent écarter l'appendicite et permettre de poser le diagnostic de grossesse extra-utérine.

c) *Avortement.*

L'erreur de diagnostic avec un début de travail d'avortement ou d'accouchement peut se faire très facilement comme le signale SEGUY dans sa thèse.

Le fond de l'utérus dévié à droite est douloureux. On touche la malade et on croit trouver trop facilement un début d'effacement du col. La température s'élève à 38°-38°5, mais au lieu d'attirer l'attention du côté de l'appendicite cette température anormale est mise sur le compte du travail et l'on pense à une infection utérine. Cette erreur est grave car elle fait perdre un temps précieux. On rectifie souvent son diagnostic devant l'apparition des signes de péritonite généralisée. (Observations de PÉNARD, RUDAUX, OTTO FALCK, HARTMANN, LEGRAND).

d) *Rétro-déviatiou de l'utérus.*

Le toucher permettra de mettre en évidence la non déviation de l'utérus et d'éliminer ce diagnostic.

e) Signalons brièvement le diagnostic avec la *fièvre typhoïde au début*, que l'on retrouve dans

quelques observations (ABRAHAMS, CHÉRON et GOSSIN).

Mais le début, dans la fièvre thyphoïde est en général plus insidieux. Il est précédé de prodromes avec céphalée, insomnie, épistaxis. L'évolution fait faire le diagnostic.

II. DANS LA SECONDE MOITIÉ DE LA GROSSESSE

Cette division est assez schématique et doit être assez élastique ; certains diagnostics que nous décrirons dans cette partie pourront aussi se poser dans les premiers mois.

Le diagnostic se posera surtout avec la pyélonéphrite, l'occlusion intestinale, la cholécystite aiguë, avec une menace d'avortement, plus rarement avec l'hématome rétro-placentaire, la colique hépatique, la colique néphrétique, la torsion des annexes.

a) *Pyélonéphrite.*

La pyélonéphrite droite incontestablement plus fréquente que l'appendicite est parfois difficile à différencier. Il n'y a pas de chirurgien qui n'ait commis l'erreur de diagnostic qui consiste à prendre une appendicite pour une pyélite ou plutôt une pyélite pour une appendicite. Mais le problème comme le dit VIGNES n'est pas de diagnostiquer une pyélonéphrite, il est de ne pas méconnaître une appendicite.

Dans les deux cas il existe un certain nombre de signes communs. La douleur siège dans la fosse iliaque droite. Elle s'exagère à la pression. Les malades présentent de la constipation, des troubles digestifs. Les troubles urinaires sont constants dans la pyélonéphrite mais sont très fréquents dans l'appendicite, on les retrouve dans 50 % des cas.

Ces troubles se manifestent par une envie fréquente d'uriner, de la dysurie et souvent par de la pyurie.

Cependant malgré ces symptômes communs l'examen précis et détaillé de la malade permettra le plus souvent de faire le diagnostic. Nous faisons coucher la malade à plat. Placé à la droite de celle-ci nous mettons la main gauche au niveau de la fosse rénale droite et la main droite dans l'hypocondre droit. La palpation bimanuelle permet de mettre en évidence un rein tuméfié et douloureux. La main postérieure provoque en général la douleur. Celle-ci s'irradie le long de l'uretère. Le toucher vaginal décèle une douleur à la terminaison de l'uretère. Cependant malgré cet examen qui doit être bi-quotidien, le diagnostic peut errer à cause des vomissements, des douleurs diffuses et abdominales, des phénomènes colitiques préalables, de la tachycardie et de la haute température.

MONDOR a dit que le diagnostic différentiel entre appendicite rétrocoeco-colique et pyélonéphrite peut

apparaître quelquefois comme un des problèmes les plus aigus qui soient.

Il vaut mieux alors d'après M. BRINDEAU faire le cathétérisme des uretères avant de se risquer à opérer une femme. Les urines à droite contiennent du pus ou sont très troubles, tandis que du côté gauche elles sont claires.

b) *Occlusion intestinale.*

On peut confondre aussi l'appendicite aiguë avec l'occlusion intestinale. Nous avons vu au chapitre forme clinique une observation d'appendicite de MAYGRIER publiée dans la thèse de TIARCA qui simule d'une manière remarquable l'occlusion intestinale.

Mais l'erreur de diagnostic inverse est souvent faite. En général vers le septième mois de la grossesse la malade est prise brusquement d'une vive douleur abdominale du côté droit avec vomissements continuels. La température est à 39 ou 40°, le pouls à 120. Nous notons l'arrêt des matières et des gaz. Le ventre est ballonné, douloureux, surtout à droite. Devant ce tableau nous portons le diagnostic d'accidents péritonéaux d'origine appendiculaire. La laparotomie latérale nous montre un appendice normal; nous refermons et les jours suivants le tableau s'aggrave : ictère, vomissements, épistaxis, pouls à 150, constipation persistante. Une nuit la malade accouche d'un

enfant qui meurt quelques heures après. L'intestin se remet à fonctionner, l'état s'améliore progressivement.

Voici une observation de notre Maître, le Professeur BRINDEAU qui illustre ces faits.

Observation de M. le Professeur BRINDEAU (Leçons clinique du jeudi soir. TARNIER 1927).

Une femme enceinte de 8 mois est prise de douleurs extrêmement violentes dans l'abdomen avec vomissements verts, poracés ; sa température est aux environs de 37°5, le pouls est extrêmement faible. M. le Professeur BRINDEAU porte le diagnostic d'appendicite chez une femme enceinte. Un chirurgien appelé en consultation confirme le diagnostic. Il fait une incision dans la fosse iliaque droite. L'appendice est sain. On referme l'abdomen. Le lendemain la femme vomit de plus en plus et ces vomissements deviennent fécaloïdes. L'enfant étant vivant, M. le Professeur BRINDEAU pratique l'opération césarienne et retire le fœtus.

Le colon pelvien est aplati entre la tête du fœtus et le détroit supérieur ; au-dessus de la zone aplatie le gros intestin a le volume d'un avant bras. Après l'extraction de l'enfant la femme a une émission de gaz et le lendemain elle est en voie de guérison.

CHARTIER a publié d'autres cas semblables dans sa thèse faite sur ce sujet.

L'occlusion intestinale peut être produite par une autre cause : écrasement par coudure ou pincement par brides. De toute façon si l'on hésite entre appendicite pendant la gestation et occlusion intestinale, l'ouverture de l'abdomen tranchera le diagnostic.

c) *Cholécystite aiguë.*

C'est un diagnostic assez rare mais très difficile qui se pose surtout vers la fin de la grossesse. Cette affection présente avec l'appendicite des symptômes communs : douleurs abdominales, vomissements, température élevée, pouls rapide. La recherche des antécédents tranchera quelquefois un diagnostic difficile. (Observation de Stœhler).

d) Signalons encore les diagnostics avec la *colique vésiculaire*, la *colique néphrétique*, l'*hématome rétro-placentaire*, le *rein flottant*, une *torsion des annexes*, une *nécrose de fibrome*.

III. APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Le diagnostic pourra être particulièrement délicat. On pense surtout à l'infection puerpérale.

a) *Rupture utérine.*

Dans les premières heures qui suivent l'accouchement, si des phénomènes douloureux surviennent accompagnés de vomissements, d'accélération du pouls, le diagnostic qui se présente à l'esprit, si l'accouchement a été laborieux, est la rupture utérine. Si la température est élevée, il faut penser à l'appendicite mais nous ne l'éliminerons qu'après exploration manuelle négative de la cavité utérine.

b) Infection puerpérale.

Dans les jours qui suivent l'accouchement, si la malade présente une élévation de température accompagnée de douleurs abdominales et de vomissements, nous évoquerons le diagnostic d'infection puerpérale. Cependant l'absence de symptômes utérins que l'on rencontre en cas d'infection puerpérale (lochies fétides) col ouvert, corps mou et douloureux, débris placentaires), et la recherche soigneuse des signes locaux d'appendicite nous permettront en général de faire le diagnostic.

Il est inutile d'insister sur la haute importance du diagnostic précoce. Tout retard apporté dans l'intervention est presque fatalement une cause de mort pour la malade (c'est ce qui ressort en particulier des observations de PORAK, ABRAHAMS, LINDNER, MUNDE, HOWARD, CRUTCHER. Signalons que l'infection puerpérale peut être compliquée de salpingite ou d'un phlegmon du ligament large à droite. Le toucher permettra de faire le diagnostic.

c) Péritonites d'origine non appendiculaire.

Nous ne ferons qu'indiquer les causes exceptionnelles de péritonite après accouchement que l'on retrouve dans la littérature. Cas de Porak et Lepage (Soc. d'Obst. et de Gyn. et de Ped., Paris, 1903).

Péritonite due à la rupture d'un abcès dans la

paroi utérine, péritonite causée par rupture d'un pyosalpinx.

Le diagnostic est impossible mais la conduite ne diffère pas quelque soit le point de départ de la péritonite.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Nous étudierons le pronostic de l'appendicite pendant la grossesse successivement :

A. Pour la mère, (le plus intéressant).

B. Pour le fœtus.

A. POUR LA MÈRE.

Le pronostic de l'appendicite chez la femme enceinte est généralement mauvais. Les auteurs classiques voulaient que la gestation aggrave considérablement ce pronostic, soit en provoquant sur des lésions anciennes une appendicite aiguë, soit en aggravant l'appendicite aiguë. Pour PINARD et LOCKYER la mortalité de la mère s'élevait de 30 à 70 %.

Les auteurs modernes ont montré que ce pourcentage très élevé de mortalité tenait à ce que le diagnostic n'était pas fait. Si, au contraire, l'affection est reconnue le pronostic n'est sensiblement pas plus grave qu'en dehors de la grossesse.

En effet, voici quelques statistiques qui prouvent cette supposition. RABLER sur 104 appendicites non perforées a opéré 50 malades. Il n'a eu qu'un seul décès, sur 103 appendicites perforés il en a opéré 89 avec 40 p. 100 de morts. SCHMIDT sur 486 cas d'appendicites opérées en comptant les cas graves et les cas bénins est arrivé à un pourcentage de 24 p. 100. Enfin JERLOV sur 263 cas opérés comprenant les cas graves et les cas bénins n'a trouvé que 9,5 p. 100 de décès.

Or Delbet donne comme pourcentage général de décès pour l'appendicite en dehors de la grossesse le chiffre de 12, 8 p. 100. Cela revient à dire qu'actuellement où l'on opère plus souvent les femmes enceintes le pronostic est aussi bon pendant la gestation que dans les cas d'appendicite en général.

Mais en réalité, pour nous donner une idée exacte du pronostic, il ne faut pas l'étudier dans l'ensemble mais suivant l'époque de la grossesse.

JERLOV a divisé les cas en cas légers et en cas graves.

Grossesse de 2 à 3 mois	4	5	6	7	8	9
Cas légers 85	33	16	12	9	7	3
Cas graves 16	14	17	19	11	12	6

De ces chiffres il se dégage une notion intéressante. Dans les cas légers il semblerait que *l'appendicite se rencontre plus souvent dans les premiers mois*. L'ensemble de nos observations confirment aussi cette

notion. Cela se conçoit facilement car toutes les opérations d'appendicites chroniques et subaiguës confirmées par la radiographie sont pratiquées pendant les trois premiers mois.

Au contraire dans les *cas graves* il semblerait que l'appendicite se rencontre *vers le 5^e, 6^e, 7^e mois* et surtout au moment du travail. Dans la deuxième moitié de la grossesse des éléments particuliers augmentent la gravité du pronostic.

BOHLER le 14 juin 1930 devant la Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg parlait du rôle du déplacement de l'appendicite et du cœcum. Nous avons vu ce qu'il fallait en penser. Ce déplacement est peu marqué et se fait surtout vers la fosse iliaque gauche. L'appendice tend à prendre position médiane. D'autre part, l'épiploon se trouve refoulé par la masse utérine. Celle-ci empêche en outre l'exsudat de se former dans le petit bassin. Il est alors obligé de se répandre entre les anses intestinales.

Les contractions utérines plus fréquentes, les déplacements de la masse utérine avec les positions différentes de la malade ne facilitent pas la formation des adhérences protectrices et déterminent la rupture de celles-ci.

La difficulté du diagnostic comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent contribue à augmenter la gravité du pronostic. L'appendicite peut passer ina-

perçue. On diagnostique une pyélite, mais en réalité l'erreur inverse se fait plus fréquemment. Il est arrivé d'opérer des pyélonéphrites. Enfin, comme nous le verrons au chapitre « Traitement » les difficultés opératoires constituent aussi un élément de mauvais pronostic en augmentant le shock opératoire.

Tous les auteurs s'accordent à dire que si la parturiente contracte une appendicite au moment du travail, le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement, le pronostic devient tellement grave que la mort survient dans 90 % des cas. La gravité s'exagère encore lorsque l'avortement spontané se produit avant l'opération. Que ce soit un travail d'avortement ou d'accouchement prématuré, le travail aggrave considérablement le pronostic. Il agit par action mécanique. Les adhérences protectrices sont détruites par la déplétion brusque de l'utérus au moment de l'expulsion ou par l'action plus lente de l'involution utérine qui se produit les jours suivants. D'autre part, la parturiente affaiblie par 7 à 9 mois de grossesse, par l'infection colibacillaire, se trouve en état de moindre résistance, en état d'anergie. Le pronostic alors est fatal dans presque tous les cas.

B. POUR LE FŒTUS.

Sous l'influence de la crise d'appendicite, on peut voir survenir l'interruption de la grossesse. Enumérons

rapidement quels sont les facteurs qui peuvent intervenir.

a) La mort in utéro du fœtus provoquée par un *état septicémique transitoire*.

b) La mise en œuvre de la *contractilité utérine* soit spontanément par le contact du foyer appendiculaire, soit par des manœuvres opératoires surtout si l'intervention est pratiquée dans la deuxième moitié de la grossesse.

c) *L'infection de la caduque* par l'intermédiaire de la trompe. Il en résulte une endométrite qui évolue pour son compte et qui, au bout de quelques jours ou quelques semaines, interrompt la gestation. (Obs. de Bouveret de Lyon, de Semb).

L'interruption de la grossesse aboutit à l'expulsion d'un fœtus mort ou d'un enfant vivant, viable ou non viable.

Nous allons étudier maintenant les facteurs qui peuvent jouer sur l'état du fœtus.

La gravité de l'infection.

La fréquence de la mort du fœtus augmente avec la *gravité de l'infection maternelle*.

Le moment de la gestation où se produit le déclanchement du travail.

Il est bien évident que plus le travail se produit près du terme plus les chances de survies du fœtus sont grandes.

La rapidité d'apparition et d'évolution du travail.

Plus le fœtus sera soustrait rapidement à l'infection maternelle plus il aura de chance de survie.

Ces notions vont nous permettre d'étudier le pronostic du fœtus.

PINARD représentant l'avis classique pensait que le pronostic est fatal. Il invoquait un état septicémique passager. L'enfant était infecté par voie sanguine. Il l'affirmait en fait d'après trois ou quatre observations dans lesquelles une femme avait mis au monde à la suite d'une péritonite appendiculaire un enfant mort-né. Après prélèvement PINARD avait trouvé des microbes dans le cordon ombilical.

Les auteurs modernes ne sont plus de cet avis.

Pendant la première moitié de la grossesse, il est rare de constater un avortement. L'explication pourrait se trouver dans le fait qu'au début les cas bénins sont plus nombreux (voir statistique de JERLOV). Mais même s'il s'agit de cas graves, chez les femmes qui ont été opérées, nous voyons le plus souvent la grossesse continuer. C'est pourquoi M. BRINDEAU conseille comme nous le verrons dans le chapitre suivant de toujours opérer immédiatement une malade atteinte d'appendicite, examinée dans les 36 premières heures.

Dans la deuxième moitié de la grossesse, le pronos-

tic est plus mauvais. Pour M. BRINDEAU la mortalité foetale serait de 30 % dans les cas bénins. Les difficultés opératoires entraînent à des manœuvres qui traumatisent la volumineuse masse de l'utérus, ce qui explique la différence de pronostic avec les premiers mois de la grossesse.

Dans les appendicites avec péritonites généralisées, la mortalité foetale atteint 90 %. Le pronostic est franchement mauvais. Cependant si le travail se produit près du terme, immédiatement après le début des symptômes d'appendicite, et si l'évolution en est rapide, l'enfant peut naître vivant mais il peut mourir dans les premiers jours (infection trans-placentaire).

En résumé, toutes les statistiques des auteurs modernes nous mènent à conclure qu'actuellement où l'on opère plus souvent, le pronostic maternel devient meilleur. Il est probable qu'il le deviendra davantage (M. BRINDEAU).

Le pronostic peut être considéré comme grave pour le fœtus si l'on n'intervient pas ; au contraire, lorsque la femme est opérée, il peut être considéré comme relativement bénin.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

La conception actuelle du traitement de l'appendicite pendant la grossesse est chirurgicale, aussi ce chapitre sera-t-il surtout consacré aux indications opératoires. Nous ne parlerons pas du traitement médical encore prôné par certains auteurs au début de ce XX^e siècle, mais nous signalerons au passage les moyens thérapeutiques médicaux secondaires qui préparent ou complètent le temps chirurgical.

Nous diviserons ce chapitre en deux parties :

A) *Diagnostic opératoire* dans laquelle nous étudierons brièvement les indications opératoires.

B) *Technique opératoire* dans laquelle nous examinerons les particularités que présente l'appendicectomie chez la femme enceinte.

A. *DIAGNOSTIC OPÉRATOIRE*

Dans cette première partie, nous envisagerons les indications opératoires.

1° Chez les femmes enceintes sans antécédents appendiculaires.

2° Chez les femmes ayant eu une ou plusieurs crises d'appendicite avant d'être enceinte.

3° Chez les femmes enceintes présentant une atteinte chronique de l'appendice.

4° Chez les femmes enceintes ayant une crise d'appendicite aiguë.

I. FEMMES ENCEINTES

SANS ANTÉCÉDENTS APPENDICULAIRES

Nous signalerons simplement que certains auteurs au début de ce siècle voulaient pratiquer prophylactiquement l'appendicectomie sur toutes les femmes enceintes.

Nous n'engageons pas à suivre ce principe.

II. FEMMES ENCEINTES

AVEC ANTÉCÉDENTS APPENDICULAIRES

Une autre question plus sérieuse se pose. Une femme a fait une ou plusieurs crises d'appendicite avant

d'être enceinte : elle devient enceinte, faut-il l'opérer ?

Nous avons vu dans le chapitre II (Etiologie) que la première grossesse est souvent un facteur de récurrence. Aussi certains auteurs tels que CHAPUT, WEBSTER, HERGOTT et ROUTIER disent que l'on doit opérer toutes les femmes enceintes ayant eu antérieurement une crise d'appendicite. Il vaut mieux opérer avant une nouvelle crise car l'opération ne sera pas plus grave ; bien au contraire, elle évitera une intervention à chaud. D'autre part, si l'opération a lieu dans les deux ou trois mois, la grossesse continuera presque certainement.

Pour M. BRINDEAU, cette solution paraît exagérée. Une femme qui a eu une crise d'appendicite avant ou au début de la grossesse peut la continuer sans avoir de nouvelles crises ; mais, dit-il, vous devez prévenir la femme qu'à la moindre douleur dans l'abdomen il faudra appeler le médecin pour pouvoir opérer aussi vite que possible.

Il y aurait peut être un cas dans lequel on pourrait intervenir prophylactiquement : c'est quand la femme enceinte doit voyager. Si la crise survenait, elle se trouverait en dehors du secours chirurgical.

III. FEMMES ENCEINTES AVEC APPENDICITE

CHRONIQUE

L'attitude à adopter doit être différente suivant l'intensité des symptômes et la période pendant laquelle surviennent les accidents. De toute façon, pour intervenir, nous attendrons la confirmation radioscopique du diagnostic. Dans les trois premiers mois de la grossesse devant un tableau d'appendicite chronique net tel qu'on en trouve dans nos observations, n° 7, 10, 11, 17, de la clinique obstétricale Tarnier (service de M. le professeur BRINDEAU), nous devons intervenir pour éviter une crise aiguë avec ses graves complications pendant la fin de la grossesse. Si la famille refuse, il faudra la prévenir des dangers qui pèsent sur la malade et soumettre celle-ci à un contrôle médical sévère jusqu'à la fin de la grossesse et dans les suites de couches comme nous le retrouvons dans notre observation n° 15.

Dans la deuxième moitié de la grossesse, le diagnostic opératoire devra être porté avec beaucoup plus de prudence. Nous temporiserons volontiers sous surveillance médicale jusqu'au 9^e mois pour éviter un accouchement prématuré toujours susceptible de se produire.

IV. FEMME ENCEINTE AVEC APPENDICITE AIGUE

Mais voilà une femme enceinte qui a une crise d'appendicite aiguë. Nous retrouverons ici comme en dehors de la grossesse les mêmes opinions : les uns préférant attendre le refroidissement, les autres voulant opérer immédiatement. Tous les cas ne sont pas comparables. Nous distinguerons deux cas :

a) Le médecin est appelé dans les 36 premières heures.

b) Le médecin est appelé après 36 heures.

a) *Dans les 36 premières heures.*

Actuellement tous les auteurs sont partisans de l'opération précoce pour l'appendicite aiguë. Cela se conçoit fort bien après la lecture des chapitres précédents qui nous montrent l'action plutôt défavorable de la grossesse sur l'appendicite, les difficultés du diagnostic, la fréquence des péritonites diffuses, leur évolution sournoise, la mortalité des femmes atteignant des proportions inaccoutumées, enfin le pronostic plus sombre encore pour l'enfant.

Cet avis n'est d'ailleurs pas récent. En 1900, PRINARD enseignait que l'appendicite pendant la grossesse doit être traitée chirurgicalement plus rapidement que dans n'importe quel autre cas. SEGOND, BUDIN dans la thèse de son élève IARCA, LEPAGE,

TESSIER dans la thèse de CROSTE, OUI dans la thèse de DUPUIS, STOEHLER, plus près de nous LEMELAND, VAUDESCAL, COUVELAIRE, VIGNES sont également partisans des interventions rapides.

D'autres comme SONNENBURG, KOENIG, FUETH, WEBER, FRAENKEL, sont partisans de l'expectative. « Laissez refroidir, disent-ils, au bout de 3 ou 4 jours il y a des chances pour que tout cela s'arrange, puis opérez 10 ou 15 jours après », car tous les cas d'appendicite ne sont pas forcément graves. Mais la lecture des chapitres précédents nous l'ont montré suffisamment, il est souvent embarrassant de délimiter les cas graves de ceux qui ne le sont pas. Il est impossible malgré certains examens complémentaires comme l'étude de la leucocytose sanguine (SONNENBURG) de préciser l'évolution d'une appendicite.

C'est une erreur et une imprudence dans ces conditions de laisser s'écouler un temps précieux pendant lequel sous un tableau trompeur les lésions appendiculaires se généralisent et obligent alors à intervenir dans des conditions désastreuses.

C'est pourquoi avec notre Maître le Professeur BRINDEAU il faut se rallier aux indications suivantes :

Lorsqu'une femme a une crise d'appendicite aiguë et que vous êtes appelé dans les 36 premières heures, opérez immédiatement sans hésitation, n'attendez pas

le refroidissement. (Leçon clinique du jeudi soir, Tarnier, 1927).

b) *Après 36 heures (3^e, 4^e, 5^e jours).*

Nous distinguerons trois cas suivant les symptômes :

1^o *Appendicite aiguë simple.*

2^o *Appendicite compliquée de péritonite localisée plastique ou suppurée (abcès appendiculaire).*

3^o *Appendicite compliquée de péritonite généralisée.*

1^o *Appendicite aiguë simple.* — Après 36 heures devant une crise d'appendicite aiguë simple nous devons opérer immédiatement. Certains auteurs préfèrent temporiser. Dans ce cas, il ne faut pas renoncer à intervenir car on n'évite souvent l'opération que temporairement comme le prouve la statistique suivante de JERLOV.

Sur 100 femmes traitées par l'expectative et suivies pendant 8 années consécutives, 24 ont été opérées ultérieurement.

Nous risquons alors d'intervenir dans des conditions beaucoup moins favorables si une récurrence survient pendant la gestation ou après le travail.

L'intervention comporte un certain danger d'interruption de la gestation surtout dans les derniers mois ; mais c'est une éventualité rare comme le montre nos statistiques. Pour diminuer les chances d'interruption MONOD conseille de ne pas opérer au moment présumé des règles.

2° *Appendicite compliquée de péritonite localisée, plastique ou suppurée (abcès appendiculaire).* — Dans ce cas, l'opération est souvent difficile, soit à cause de la grosseur de l'utérus, soit à cause de la situation anormale de l'appendice. A ce moment toute intervention favorise l'interruption post-opératoire qui se produit dans 50 % des cas.

BRINDEAU est assez disposé, devant une petite réaction locale à n'opérer qu'après un certain temps. Mais il opère dès que l'appendicite est refroidie. Si l'état général s'aggrave, ou si l'abcès augmente de volume nous devons intervenir avant le refroidissement complet. Il faut alors limiter l'intervention au minimum, drainer sans chercher à atteindre l'appendice. Nous pratiquerons l'appendicectomie secondairement, appendicectomie plus simple et moins traumatisante pour l'utérus qui, de ce fait, entre moins facilement en contraction.

3° *Appendicite compliquée de péritonite diffuse.* — Devant un tableau clinique grave de péritonite diffuse nous devons intervenir immédiatement. L'avenir de la grossesse alors importe peu et des interventions tardives sur des appendicites gangréneuses perforées ont donné quelquefois des résultats inespérés. (Kleinknecht et S. Tassovatz *Strasbourg Médical*, 5 mai 1933). Cependant la mortalité est

très élevée et le pronostic reste très sombre. Voici une statistique de JERLOV portant sur des péritonites généralisées opérées.

Une mortalité de 6	% opération avant le 2 ^e jour,
—	30 % opération avant le 3 ^e jour.
—	75 % opération avant le 4 ^e jour.
—	90 % opération après le 4 ^e jour.

En résumé. De cette première partie, il faut retenir les indications suivantes : quand vous êtes appelés auprès d'une femme enceinte atteinte d'appendicite dans les 36 premières heures après le début des symptômes opérez dans tous les cas.

Si vous êtes appelés après 36 heures opérez encore immédiatement. Devant une réaction locale on peut temporiser et opérer dès que l'appendicite est refroidie.

Dans les cas graves, opérez toujours le plus rapidement possible.

B. TECHNIQUE OPERATOIRE

Quelles sont les particularités que présente l'appendicectomie chez la femme enceinte ?

La préparation à l'opération est identique pendant la gestation à la préparation en dehors de la grossesse.

Néanmoins un point particulier à signaler, d'importance capitale. Nous administrerons largement de la

morphine avant l'intervention pour empêcher la contraction de l'utérus au moment des manœuvres opératoires.

La question de l'anesthésie importe peu. Elle peut être locale, régionale ou générale, cette dernière est préférable.

Nous distinguerons maintenant pour la technique proprement dite 4 parties :

- a) *Appendicite chronique,*
- b) *Appendicite aiguë simple,*
- c) *Appendicite aiguë compliquée de péritonite localisée, plastique ou suppurée,*
- d) *Appendicite aiguë compliquée de péritonite généralisée.*

a) APPENDICITE CHRONIQUE

L'appendicite chronique confirmée par la radiographie sera opérée de préférence entre le 2^e et 3^e mois de la grossesse à la rigueur entre le 2^e et 4^e mois. La masse utérine est encore pelvienne et la technique se rapproche sensiblement de la technique de l'appendicectomie en dehors de la gestation.

Dans les trois premiers mois, la grossesse continue presque toujours son cours. Au sixième mois on temporisera sous surveillance médicale sévère jusqu'à 8 mois 1/2, période de la grossesse où l'enfant est largement viable en cas d'accouchement prématuré.

b) APPENDICITE AIGUE

Nous verrons succinctement la voie d'abord. L'incision doit être haute et externe pour arriver directement sur l'appendice. Celui-ci pendant la grossesse (voir chapitre Anatomie Pathologique) est un peu élevé. Il reste en position sensiblement normale. L'incision la plus employée est celle de *Jalaguier*. Elle passe sur le bord externe du grand droit. Elle présente le gros avantage comme d'ailleurs de pouvoir être facilement agrandie vers le haut, en cas de difficultés opératoires. On lui a reproché de sectionner les rameaux d'innervation du muscle grand droit. Cette section s'ajoutant à la distention physiologique des grands droits, pourrait amener un certain affaiblissement de la sangle abdominale et aboutir à une éventration durable. Cet incident semble peu fréquent.

L'incision (de *Jalaguier*, de *Walther* ou de *Mac Burney*) doit intéresser les plans cutanés, musculaires et séreux. L'appendice est extériorisé avec un minimum de manœuvres. Nous évitons de léser les plexus veineux dont l'hémorragie entraîne des complications opératoires.

Nous sectionnons l'appendice au bistouri et au thermo-cautère après avoir ligaturé le pédicule vasculaire. Nous enfouissons au fil de lin et refermons la paroi en trois plans avec du catgut.

Pour un appendice rétrocœcal, nous décollons le mesocolon ascendant de dehors en dedans pour permettre d'attendre l'appendice sans traumatiser l'utérus. Nous pratiquons la section rétrograde du méso-appendice.

Pour un appendice pelvien, HIRST conseille de faire une laparotomie médiane sous-ombilicale ce qui permet d'extérioriser momentanément l'utérus pour permettre un accès plus facile dans la région cœco-appendiculaire.

Dans tous les cas avec les tables modernes, nous conseillerons de basculer la malade au début de l'opération dans la position latérale gauche pour compenser la latéro-version droite physiologique de l'utérus gravide.

c) APPENDICITE AIGUE COMPLIQUÉE DE PÉRITONITE PLASTIQUE

Devant cette réaction locale appendiculaire, M. BRINDEAU conseille l'expectative. Nous laissons la malade au repos, à la diète, avec de la glace sur le ventre. Deux éventualités peuvent se produire:

Les symptômes régressent et nous opérons dès que la crise est refroidie. Nous sommes alors ramené dans les conditions précédentes d'une appendicite aigüe simple.

Devant la *persistance des symptômes* nous nous trouvons dans l'obligation d'opérer. Le danger d'interruption de la grossesse post-opératoire est alors au maximum. A l'ouverture, nous découvrons un abcès appendiculaire et nous le drainons par la plaie opératoire à l'aide de drains, de mèches ou même d'un Mickulicz. Certains auteurs, surtout étrangers, proposent le drainage du petit bassin et du Douglas par colpotomie.

Nous n'enlèverons l'appendice que si celui-ci se présente naturellement, c'est-à-dire dans les cas faciles. Nous pratiquerons ultérieurement l'opération radicale.

d) APPENDICITE AIGUE COMPLIQUÉE DE PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE

Comme nous l'avons vu aux indications opératoires nous opérons le plus rapidement possible. La qualité de notre traitement dépend :

De l'ablation complète de l'appendice qui cesse d'infecter la cavité péritonéale et de l'efficacité du drainage.

a) *l'ablation complète de l'appendice* est rendue parfois impossible à cause de la difficulté de l'hémotase et de l'état de shock de la malade ;

b) dans ce cas *il faut se rabattre sur le drainage.*

Celui-ci est relativement facile dans les premiers mois mais dans la 2^e moitié de la grossesse sa mauvaise qualité contribue avec la difficulté de diagnostic et la gravité du pronostic à grever lourdement la statistique de mortalité.

JERLOW relève :

40 % de mortalité dans la 1^{re} moitié.

80 % — 2^e moitié.

Pour faciliter le drainage, SEGOND et MAUCLAIRE préconisent une contre-incision dans la fosse iliaque gauche. Lardennois considère que l'incision latérale droite suffit mais à condition de placer les opérées dans le décubitus latéral droit. Quant à la colpotomie préconisée par certains auteurs elle est peu employée en France où elle reste utilisée uniquement pour le drainage des collections pelviennes enkystées. Si nous nous trouvons en présence d'une appendicite gangréneuse perforée, avec péritonite, nous injectons de hautes doses de sérum glucosé, (intraveineux), trois ampoules par jour de sérum antigrangréneux (dans la plaie, intra-musculaire), (voir observation de M. BRINDEAU).

D'autre part, pour favoriser les fonctions intestinales nous faisons des injections intraveineuses de sérum de GOSSET (chloruré hypertonique à 20 %). Si la malade continue à vomir et si les vomissements sont fécaloïdes avec arrêt des matières et des gaz

nous serons amenés à pratiquer une deuxième intervention et à faire une fistule coecale.

*Conduite à tenir vis-à-vis de l'utérus gravide,
l'intervention étant décidée.*

Un certain nombre d'auteurs SCHMID, MARX, TISSIER disent que lorsqu'on opère une femme enceinte surtout si elle est au 7^e ou au 8^e mois de sa grossesse, il faut d'abord vider l'utérus, parce que lorsque la tumeur gravide a disparu, on opère plus facilement et on draine mieux.

Pour arriver à ce but tous les moyens ont été proposés.

a. *Évacuation obstétricale.*

HALBAN conseille de commencer par pratiquer l'accouchement forcé ce qui n'est possible que chez les multipares à col souple.

VIGNES dans certains cas où la masse utérine rend l'opération quasi-impossible préconise (concours médical 1932) bien qu'il n'en ait pas l'expérience, l'évacuation extemporanée de l'utérus sous rachianesthésie telle que l'a proposé le Professeur DELMAS dans une communication de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Montpellier en février 1923.

Voici un cas où ce procédé a été employé avec succès

Observation de Cotte et Gonnet (Société d'obst. et de gyn. de Lyon 3 juin 1929).

Femme de 23 ans primipare, dernières règles, 13 octobre 1928. La grossesse a évolué normalement jusqu'ici. Le 19 mai lassitude et malaises généraux. Le 20 mai douleurs abdominales au niveau de la fosse iliaque droite sans vomissements. Le 21 mai douleurs avec un caractère expulsif ce qui fait croire que la malade va accoucher. Le 22 les douleurs se généralisent à tout l'abdomen. Le 23, signes de péritonite généralisée, température 36°8, vomissements poracés, ventre tendu et météorisme. Nous voyons la malade le 24 au matin. De toute nécessité il faut opérer. On hésite pour savoir s'il faut vider l'utérus au préalable car celui-ci semble à priori gêner la recherche de l'appendice. Après réchianesthésie on fait une incision de MAC BURNÉY. L'ouverture du péritoine laisse échapper un liquide séropurulent mais il est impossible de voir le cœcum et l'appendice. On met des mèches dans la plaie et on évacue l'utérus. En 6 minutes la dilatation est complète. Refoulement de la tête. On sort un membre inférieur puis l'autre. On fait sans difficulté l'extraction d'un enfant de 1.650 grammes qui naît étonné mais crie rapidement. Pas de déchirure du col ni du périnée. Délivrance artificielle. Ceci fait, par laparotomie médiane on explore l'abdomen. Il s'agit d'une péritonite appendiculaire. L'appendice abcédé à sa partie moyenne est perforé. Après assèchement du péritoine on enlève l'appendice. Fermeture-incision médiane. Par l'incision de MAC BURNÉY on attire le fond du cœcum dans lequel on glisse une sonde de Nelaton par le moignon appendiculaire, tamponnement du foyer appendiculaire avec trois mèches, guérison; ce procédé a été employé au cours d'une appendicite avec un résultat beaucoup moins heureux par PERALTA ET R. BELLO. (*Bulletin de la Soc. d'Obst. et de gyn.* t. VIII 14 novembre 1930). Ce procédé a l'avantage de permettre une dilatation rapide, l'extraction rapide du fœtus et l'opération sans autre anesthésie; mais il est dangereux et la dilatation manuelle et la version par manœuvre interne est à l'origine d'accidents toujours possibles.

b. *Evacuation chirurgicale.*

Certains auteurs préconisent la *césarienne abdominale*. C'est un procédé avantageux pour l'enfant

qui a résisté aux phénomènes de septicémie maternelle. Mais la suture de l'utérus reste au contact des foyers purulents péritonéaux.

Aussi un auteur allemand, MARSCHNER pratique la *césarienne vaginale*. Cette méthode est préférable si la femme est en travail depuis quelque temps.

D'autres auteurs enfin vont plus loin, ROSTHORN pratique l'hystérectomie abdominale avant l'appendicectomie.

HIRST conseille d'enlever l'appendice par laparotomie médiane surtout s'il est rétro-cœcal ou pelvien, de pratiquer une hystérectomie subtotale précédée de césarienne, ce qui a l'avantage de mettre la femme à l'abri des accidents succédant au travail. Ce procédé a une mortalité de 90 % car il ajoute un *schock* opératoire considérable à une malade affaiblie.

Toutes ces manœuvres d'évacuation préalable de l'utérus restent bien souvent inefficaces et inapplicables. Aussi paraissent-elles bien exagérées à certains auteurs en particulier au professeur BRINDEAU (leçon clinique du jeudi, Tarnier 1927).

Enfin une autre question se pose. Nous avons pratiqué l'appendicectomie, *faut-il ensuite vider l'utérus ou laisser la femme continuer sa grossesse ?*

Certains auteurs pensent qu'après l'opération, le péritoine va s'infecter ainsi que l'utérus et qu'il vaut mieux vider celui-ci. D'autres conseillent, une

fois qu'on a ouvert le ventre pour enlever l'appendice, de vider l'utérus par en bas puis de rouvrir l'abdomen pour drainer. Toutes ces manœuvres pour M. BRINDEAU paraissent bien compliquées.

D'autres enfin, après avoir opéré laissent la grossesse continuer. Nous conseillons dans ce cas de pratiquer pendant 4 à 5 jours après l'opération trois fois par jour une piqûre de morphine ou de spasalgine (KLEINKNECHT et TASSOVATZ).

En définitive, le traitement de l'appendicite pendant la puerpéralité est sensiblement le même que celui de l'appendicite hors de la grossesse.

OBSERVATIONS

TOUTES LES OBSERVATIONS SUIVANTES SONT INEDITES

1^o OBSERVATIONS RECUEILLIES A LA CLINIQUE
OBSTÉTRICALE TARNIER, SERVICE DE NOTRE
MAITRE MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU.

*Nous publions dans le chapitre Etiologie un tableau
statistique de toutes ces observations.*

Observation I

*Grossesse de 4 mois et demi. Appendicite aiguë rétro-
coecale. Accouchement normal à terme.*

Mme... Henriette, primipare, âgée de 22 ans entre à la clinique obstétricale Tarnier le 22 août 1923.

Depuis quelques jours la malade accuse une douleur dans la fosse iliaque droite avec constipation opiniâtre ne cédant point aux laxatifs ordinaires. Le 21 dans la soirée, elle ressent des douleurs vives dans la région de MAC BURNEY, avec vomissements alimentaires. Les douleurs se calment un peu dans la nuit, mais s'exacerbent le lendemain matin

22 au moment où l'on voit la malade. C'est une personne de taille moyenne. L'abdomen n'est pas ballonné. On ne constate pas de défense musculaire mais par contre une hypéresthésie cutanée dans la fosse iliaque droite.

Au toucher, on sent un utérus gravide de quatre mois et demi avec col fermé. Les annexes sont normales. Le Douglas n'est pas douloureux. A la palpation, on provoque une douleur nette au point de MAC BURNEY. Température 38°, pouls 100, urines pas d'albumine. On décide d'intervenir immédiatement, anesthésie à l'éther.

L'incision passe verticale, un peu oblique au bord externe des grands droits. Elle débute à trois travers de doigts des fausses côtes, incision élevée par conséquent. On arrive directement sur le bord de l'utérus. Examen des annexes qui sont saines. Le coecum est gonflé, repoussé en haut et en dehors mais il est maintenu par une bride anatomique qui vient le fixer à la fosse iliaque. On n'aperçoit pas l'appendice au premier abord. Ce n'est qu'en recherchant derrière l'intestin qu'on le trouve accolé à la face postérieure du coecum sans le moindre réseau appendiculaire.

Le cordon appendiculaire est collé à l'intestin. Il est congestionné, infléchi sur lui-même, en forme d'un point d'interrogation fermé. On est obligé de le réséquer en partant de sa base vers l'extrémité. Section de la base au thermo-cautère, ligature des vaisseaux à mesure qu'on libère l'appendice. Le pédicule vasculaire de l'appendice part surtout de l'extrémité libre. Fermeture de la paroi en trois plans.

Les suites opératoires furent excellentes. La femme sort le 26 octobre de Tarnier avec un état général excellent. Accouchement normal le 15 janvier d'une fille vivante à terme.

Observation II

Grossesse de cinq mois. Appendicite aiguë supprimée avec péritonite. Enfant mort-né 4 jours après l'appendicectomie. Décès.

Mme... Charlotte, primipare âgée de 30 ans adressée par son médecin à la clinique Tarnier entre à l'isolement le 8 juillet 1924.

Le 7 juillet au soir à 21 heures la femme ressent de violentes douleurs dans le bas ventre avec prédominance maximum dans le côté droit. Elle accuse des vomissements abondants, alimentaires surtout. Constipation opiniâtre depuis quelques jours ne cédant qu'aux laxatifs.

La malade arrive à Tarnier à 9 heures du matin le 8 juillet, 13 heures après le début des douleurs. C'est une personne de taille moyenne. L'abdomen est peu ballonné, il y a une légère défense de la paroi au niveau de la fosse iliaque.

Au palper, la main réveille une douleur brutale, au point de MAC BURNEY. Au toucher, on sent un utérus de cinq mois. B.D.C. + Douglas douloureux, pouls 120, température 38°, urines pas d'albumine. L'opération est pratiquée immédiatement par les Professeurs BRINDEAU ET LANTUEJOUL. Anesthésie au chloroforme. Longue incision de JALAGUIER. Le tissu cellulaire sous péritonéal est œdématié. Dès que la séreuse est ouverte il s'écoule un liquide bouillon sale sans odeur.

L'appendice apparaît la pointe en avant, turgescant, en érection, du volume du petit doigt. Il est livide, son méso est œdématié. Il est en outre recouvert de fausses membranes fibrineuses ; appendicite aiguë supprimée avec péritonite, ablation assez facile de l'appendice. Nettoyage du petit bassin et drainage par l'incision opératoire. Deux drains et mèches dans le Douglas.

Morphine. Dans les heures qui suivent l'opération, apparition de douleurs dans l'abdomen.

Le 9 juillet morphine matin et soir, apparition de vomissements continus, pouls 70, température 38°6.

10 juillet morphine, pouls 100, température 39.

11 juillet, 3 heures 5 avortement, pouls 106, température 39°2.

Fille pesant 550 grammes, ayant fait quelques inspirations. Délivrance naturelle complète. Placenta pesant 200 grammes.

11 juillet, morphine, température 39°.

12 juillet, huile camphrée, température 39°5, pouls 156, décès dans la soirée.

Observation III

Grossesse de 3 mois. Erreur de diagnostic entre appendicite et ovaire scléro-kystique.

Mme.... Lucienne.

La malade âgée de 24 ans. III^e pare, entre à la clinique Tarnier le 22 1927. Les troubles remontant au début de la grossesse avec manifestations douloureuses dans la fosse iliaque droite et irradiations dans la région épigastrique. L'augmentation des douleurs incite la malade à consulter. A l'examen le palper révèle peu de chose, douleur au MACBURNAY. Au toucher, l'utérus est mou, augmenté de volume, paraissant de trois mois environ, légère antéversion. Dans les culs de sacs latéraux on sent l'utérus à bout de doigt, à droite petite masse douloureuse.

La malade hospitalisée entre en travail d'avortement. L'intervention est pratiquée le 23. La température est à 38°, le pouls à 90, urines normales. Le diagnostic posé est appendicite ou salpingite.

Anesthésie au mélange de SCHLEICH. Incision de JALAGUIER. On arrive directement sur le cœcum qui est en position normale. On pratique l'ablation de l'appendice très mobile et qui semble sain. Enfouissement du moignon au fil de lin. On examine les annexes et l'on s'aperçoit que l'ovaire droit est très volumineux, dur, contenant un certain nombre de petits kystes, ablation de cet ovaire. On aperçoit l'utérus dans le fond. Les suites opératoires sont normales. La femme sort guérie le 4 du mois suivant la température étant tombée à 37° le lendemain de l'intervention.

Observation IV

Appendicite subaiguë. Grossesse de deux mois. Suites opératoires normales.

Mme L..., âgée de 23 ans, entre à la maternité Tarnier le 15 décembre.

Depuis le début de sa grossesse (dernières règles datant du 20 au 25 octobre), la malade présente des crises douloureuses dans la fosse iliaque droite. Ces crises se répètent et semblent augmenter depuis environ un mois. L'interrogatoire nous apprend que la malade a déjà présenté de semblables crises surtout pendant sa première grossesse, grossesse à terme, application de forceps, enfant vivant bien portant actuellement. A l'examen on se trouve en présence d'une femme petite, maigre, présentant une légère hyperesthésie cutanée. La palpation révèle une douleur nette au point de MAC BURNEY. Le toucher décele un utérus gravide de deux mois environ en légère antéverson nous présentant un col fermé ramolli à sa base.

La température 37°8 et le pouls normal.

A l'intervention, après incision à la jonction des aponévroses à 2 centimètres environ de l'épine iliaque antérieure

du côté droit, on trouve un appendice petit présentant des traces d'infection récente. Appendicectomie après ligature du pédicule du méso-appendice sans enfouissement.

Opération sans incident. Fermeture de la paroi en trois plans. Anesthésie à l'éther, suites opératoires normales. La malade quitte la clinique Tarnier le 30 décembre 1927.

Observation V

Appendicite aiguë dans les suites de couches. Intervention. Guérison.

Mme G..., primipare âgée de 22 ans entre à la clinique Tarnier le 2 août 1927 à 13 heures.

Cette malade a été suivie dans le service depuis le 12 avril. Sur sa fiche de grossesse on note les renseignements suivants : 12 avril, grossesse de 5 mois environ, normale, crises d'appendicite avant la grossesse.

11 mai, 5 mois et demi, normale.

18 mai, 6 mois normale B.D.C. + (Vaudesca).

30 juin, 7 mois et demi.

11 juillet, 8 mois, tête qui se fixe, bruit du cœur perçu au stéthoscope.

28 juillet, 8 mois et demi, tête fixée.

2 août, malade près du terme, tête bien fixée. On perçoit les bruits du cœur. Au toucher on sent le col en arrière, sans ébauche d'effacement.

A 13 heures la malade entre à la Clinique. On note que le col est complètement effacé, que la dilatation est lenticulaire à 22 h.

A 4 h. 30 le 3 août, la tête est complètement engagée. La dilatation est à petite paume. A 6 h. 30 dilatation complète.

La dilatation a duré 17 h. 30. La rupture de membrane se produit spontanément. Le liquide amniotique est normal.

Le fœtus se présente par le sommet en occipito-iliaque gauche antérieure avec écorchure du périnée nécessitant deux crins.

Le dégagement se fait en occipito-pubienne.

Le nouveau-né est du sexe féminin, fille vivante pesant 2.850 grammes. La délivrance est naturelle et complète. Le placenta pèse 650 grammes. Le 4 et le 5 août la température reste à 37°.

Le 6 la température est de 39°. Le 7 frissons. Le pouls à 115. Par deux fois elle vomit et se plaint de douleurs dans le bas ventre à prédominance dans la fosse iliaque droite. Légère contracture de la paroi avec hyperesthésie.

Au palper on réveille un point douloureux au point de MACBURNEY. Le toucher décèle un utérus en involution.

Le lendemain, 8 août le tableau clinique reste semblable à celui de la veille. On décide d'intervenir. On incise au point de MACBURNEY par le procédé classique. Un peu de liquide légèrement louche, sans odeur, s'écoule à l'ouverture du péritoine. La trompe est rouge et turgescence. On a assez de difficultés à libérer l'appendice qui est congestionné nettement malade, appendicectomie, ligature du méso, fermeture en trois plans, glace sur le ventre. Le 9 chute de la température qui remonte à 39° le 12 août. On pratique une ponction qui ramène un liquide purulent. L'examen cytologique et bactériologique donne comme résultat : pus très abondant mais sans diplocoque prenant le gram. (ensemencement). Le 14, la température est à 37°.

Le 15 elle remonte à 38°3, elle se maintiendra entre 38°5 jusqu'au 19. On enlève les agrafes. La température se maintient à 37° jusqu'au 24. Clocher de température à 39°5, pouls 116, puis le 25 la température se stabilise à 37°, jusqu'à la sortie de la malade le 5 septembre on procède à la réfection de la paroi, suture secondaire après curage de la plaie. Suites normales jusqu'au 28 septembre. La malade sort guérie.

Observation VI

Grossesse de cinq mois et demi. Vomissements au début de la gestation. Antécédents appendiculaires. Intervention. Accouchement à terme d'une fille vivante.

Mme.... Louise, primipare âgée de 27 ans entre à la clinique Tarnier le 25 avril 1928.

Devant sa température 39°2 et son pouls à 120, on oriente la malade vers l'isolement.

On se trouve en présence d'une petite femme ayant présenté des vomissements au début de sa gestation. A l'examen on trouve un ventre gros, remontant un peu plus haut que l'ombilic. Au toucher, on sent dans le cul de sac antérieur un balottement fœtal, le col est fermé, grossesse de cinq mois et demi environ. Au palper abdomen douloureux, contractions de l'utérus. On constate une vaginite granuleuse interne. Pendant 7 jours, la température de la malade oscille entre 38°5 et 37°5. Le pouls entre 100 et 90. La douleur se localise dans la fosse iliaque droite. Les vomissements réapparaissent. L'interrogatoire nous révèle que la malade a déjà eu deux crises appendiculaires avant sa grossesse. Le 3 mai on intervient, anesthésie au mélange de balsoforme. Incision parallèle au bord du grand droit. Dans le cas particulier il aurait peut-être été préférable de faire une incision tout près de l'épine iliaque. En effet, le cœcum étant refoulé en dehors, on arrive directement sur le pédicule externe de l'utérus. On aperçoit la trompe congestionnée. Le cœcum est rejeté en haut et en dehors. Il est rouge, épais. On recherche l'appendice d'abord le long de la fosse iliaque, on ouvre une petite poche purulente contenant à peine une cuillère à café de pus. Du reste, à ce niveau, le cœcum est pâle et recouvert de fausses membranes. La lésion est relativement ancienne. Cet abcès ne

conduit pas à l'appendice. Après des recherches assez longues on finit par le trouver en dehors, parallèlement à la trompe. Cet appendice est libre dans la cavité. Il est rouge et son extrémité en battant de cloche. On l'enlève facilement. Lavage du cœcum à l'éther. Petit drain dans le fond de la fosse iliaque. Fermeture en trois plans.

Examen. L'appendice présente un renflement rouge et son contenu est légèrement hémorragique.

Le 2, le 3, le 4, on pratique une injection de 20 centimètres cube de sérum antigrangréneux. Les jours suivants la température se maintient à 37°. La malade reste dans le service pendant le mois de juin-juillet et août.

Le 13 août à 8 heures, elle entre dans la salle de travail. La tête est dans la partie haute de l'excavation, dos à gauche, enfant vivant, col complètement effacé, dilatable comme cinquante centimes, à 10 heures col peu œdématié, dilation deux francs, membranes intactes, bruits du cœur un peu lents.

Examen pratiqué par M. le Professeur BRINDEAU.

A 12 heures, dilatation complète, application de forceps TARNIER, anesthésie, 12 heure 10 extraction d'une fille vivante pesant 2.850 grammes. On pratique une délivrance artificielle pour adhérence anormale du placenta. Femme pâle, pouls à 120, on pratique des injections de sérum physiologique 500 cm³.

Huile camphrée 20 cm³.

Spartéine 1 cm³.

Caféine 1 cm³.

Le 14 température à 39°5, pouls à 105, glace sur le ventre. Le 15 et le 16, température à 39° et 38°8, le 17 température à 37°.

Suites de couches normales. La malade sort guérie le 28 août 1918.

Observation VII

Grossesse de trois mois. Appendicite chronique avec rétroversion. Intervention. Guérison.

Mme C..., Marie secundipare âgée de 32 ans entre à la clinique Tarnier le 19 janvier 1928.

Depuis le début de sa grossesse la malade accuse des douleurs dans l'abdomen qui se localisent plus spécialement dans la fosse iliaque droite avec irradiation vers la région épigastrique. La constipation est opiniâtre et cède difficilement à l'emploi prolongé de laxatifs divers. Le pouls et la température sont normaux. Les vomissements sont un peu plus fréquents, que pendant le cours d'une grossesse normale.

A l'examen de l'abdomen on ne décèle aucune contraction de la paroi, au palper on provoque une hyperesthésie de la peau et une douleur profonde au point de MAC BURNEY.

Au toucher on sent un utérus gros d'environ trois mois. En rétroversion un col fermé un peu ramolli, pas de point douloureux. L'intervention est pratiquée deux jours après. Le diagnostic porté est appendicite chronique.

Anesthésie au Schleich. Incision sous-ombilicale. L'utérus est basculé en arrière. On aperçoit sa face antérieure et l'insertion du ligament rond. On enlève l'appendice par une résection rétrograde. On termine par une ligamentopexie (procédé de Doleris). L'appendice contient quelques cybales. La muqueuse est infectée. Fermeture en trois plans, morphine. Les suites opératoires sont normales. La malade ne souffre plus de son côté.

Observation VIII

Grossesse de 4 mois. Péritonite d'origine appendiculaire. (appendice pelvien). Avortement. Guérison.

Mme B..., Gustine cinquième pare âgée de 25 ans entre à la clinique Tarnier le 15.

Le 13, la malade ressent des douleurs dans le bas ventre. Le 14 elle présente des nausées avec arrêt des selles et des gaz. Le soir quelques vomissements. Elle arrive à la clinique le 15. C'est une femme moyenne de taille. Elle présente un faciès péritonéal, un abdomen ballonné, une défense généralisée de la paroi.

Température à 39°, pouls 112. Urines traces d'albumine.

Au toucher, on sent un utérus gravide, quatre mois avec col fermé. Douglas très douloureux. Le diagnostic posé est péritonite de cause indéterminée. On pratique l'intervention immédiatement. A l'incision du péritoine il s'écoule une certaine quantité de pus liquide bien lié, ne sentant pas très mauvais. L'utérus est dur et se contracte facilement. On explore les annexes. Les annexes gauches ne présentent rien de particulier sauf un peu d'œdème, les annexes droites sont recouvertes de fausses membranes et congestionnées sauf l'ovaire. On cherche l'appendice. Il est pelvien, absolument sur la ligne médiane, très congestionné, recouvert de fausses membranes et comme en érection.

L'appendice est appliqué le long de la paroi postérieure de l'abdomen et présente un coude à son 1/3 supérieur. On le resèque facilement. On pose un Mickulicz et un drain puis avant de refermer on inonde le petit bassin de sérum antigangréneux.

A l'examen de la pièce on constate que l'appendice est tordu principalement à son extrémité. Le bout est cyanosé,

comme en voie de sphacèle. L'extrémité opposée contient du sang noir, la base est pâle et très œdédiatié.

Le 16 la température se maintient à 39°, on pratique une injection de 300 cm³ de sérum glucosé.

Le 17 température à 39°, pouls à 126, urines 500 cm³
Le 18 chute de la température à 37°5, puis oscillations les jours suivants entre 39° et 37°5.

Le 22 juillet à 17 heures 10 la poche des eaux se rompt spontanément. Le liquide amniotique s'écoule teinté de sang. La malade expulse aussitôt de gros caillots.

A 17 h. 20 expulsion spontanée d'un fœtus du sexe masculin pesant 100 grammes, à 22 h. 45 expulsion spontanée de l'arrière faix. Le placenta pèse 110 grammes. Les jours suivants la température oscille autour de 37°, le pouls entre 80 et 90. La malade sort guérie de la clinique le 22 août 1928.

Observation IX

Grossesse de 5 mois 1/2. Appendicite aiguë. Intervention. Guérison.

Mme ... Alice, âgée de 30 ans, primipare entre à la clinique Tarnier le 19 juillet 1928 à 23 heures 25. Elle est transportée d'urgence envoyée par le Docteur BARET de Ivry-Port.

A l'interrogatoire, on apprend que la malade ayant déjà présenté des vomissements au début de sa grossesse depuis la veille 18 juillet des douleurs brusques affectent l'aspect de coliques abdominales avec nausées. Le 19 les douleurs se localisent dans la partie droite de l'abdomen. A l'examen l'abdomen ne semble pas ballonné, légère sensibilité diffuse, légère défense de la paroi au niveau de la fosse iliaque droite.

Au toucher, on trouve un utérus gravide de 4 mois et demi, col fermé. Le Douglas et les culs de sacs latéraux ne sont pas douloureux. Le bassin est rétréci.

Température 38°5, pouls 110, urines normales.

L'intervention est pratiquée immédiatement. Incision de la paroi abdominale au niveau du point de MAC BURNEY à deux travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite. On incise l'aponévrose et l'on constate que l'on est sur le bord externe du grand droit. Incision de la gaine du grand droit, ainsi que du péritoine.

Le cœcum est remonté. L'appendice est rouge et congestionné. On enlève l'appendice, enfouissement du moignon Surjet sur le péritoine. Réfection de la gaine du grand droit. Crins sur la peau, pas de drainage.

Anesthésie au balsoforme-morphine pendant cinq jours. Les six premiers jours la température vespérale est de 38°2, suites opératoires normales. La malade sort guérie le 4 août 1928.

Observation X

Grossesse de trois mois. Antécédents douloureux dans la fosse iliaque droite depuis de nombreuses années. Appendicite chronique. Intervention. Guérison.

Mme..., primipare âgée de 27 ans entre dans la clinique Tarnier le 23 mai 1929.

Ses parents et collatéraux sont bien portants. Réglée à 13 ans elle ne présente aucun antécédent pathologique. L'interrogatoire nous révèle cependant que la malade a des crises douloureuses dans l'abdomen depuis de longues années. Mais plus spécialement depuis sa grossesse la malade présente des douleurs dans la fosse iliaque droite avec irradiation ombilicale. La constipation est assez marquée. Le pouls et la température sont normaux. Pas de vomissements. L'examen de l'abdomen révèle peu de chose. Une douleur à la pression au-dessus du point de MAC BURNEY.

Au toucher on sent un utérus d'environ trois mois. Un col fermé, pas de point douloureux.

Un examen radiologique pratiqué montre l'existence d'une appendicite chronique nette. On intervient le 23 mai 1929. Incision latérale un peu longue au point de **MAC BURNEY**. Découverte facile de l'appendice qui est malade, très court. On pratique une appendicectomie suivant le procédé habituel sans incident.

Fermeture de la paroi en trois plans. Anesthésie au balsoforme. Le 24 température à 38°5, pouls à 80°. Température en lysis jusqu'au 4 juin 1935. Sortie.

Observation XI

Grossesse de deux mois et demi. Appendicite chronique, confirmée par la radiographie. Intervention. Guérison.

Mme M..., Marie primipare âgée de 27 ans entre à la clinique Tarnier le 16 janvier 1929.

La malade a été réglée à 17 ans. Dans ses antécédents pathologiques on relève une pleurésie, une rougeole, ses dernières règles remontent au 6 octobre.

La malade accuse des troubles gastro-intestinaux, de la céphalée, de la douleur dans la fosse iliaque droite.

Le 6 janvier M. le Professeur Brindeau porte le diagnostic d'appendicite chronique chez une femme enceinte de deux mois et demi. Le 9 la radiographie confirme le diagnostic.

Le 17 janvier M. le Professeur Brindeau intervient. Anesthésie au Balsoforme, incision de Roux à 1 cm. de l'épine iliaque antéro-supérieure. Incision de l'aponévrose du grand oblique. Séparation à l'aide d'une pince du petit oblique et du transverse. On éprouve une certaine difficulté du fait que la malade est très musclée. Ouverture du péritoine.

On bascule légèrement le tableau d'opération. L'appendice trouvé rapidement est très long et coudé avec quelques vaisseaux congestionnés. Résection de l'appendice, ligature du méso et enfouissement au fil de lin. On constate que le cœcum adhère au péritoine antérieur, reliquat probable d'une irritation appendiculaire. On met un fil sur le péritoine, un point en V sur le transverse, le petit oblique, des points séparés sur l'aponévrose du grand oblique et des crins sur la peau.

Guérison.

Observation XII

Grossesse de deux mois, vomissements continus pendant 18 jours Appendicite subaiguë. Intervention . Guérison.

Mme O..., Madeleine II^e pare entre à la clinique Tarnier le 30 juillet 1930. Premières règles à 17 ans. Dans ses antécédents on relève un faux croup à 23 ans, une grippe, une salpingite, une congestion pulmonaire en janvier. Deux fausses couches de deux mois avec suites normales. Un accouchement normal à terme, enfant décédé à neuf mois de broncho-pneumonie. Les dernières règles datent du 13 juin 1930. L'interrogatoire montre que depuis 18 jours la malade vomit continuellement. Elle présente une anorexie élective pour la viande, les graines et a maigri de 1 kg. 500 depuis cette époque. La température est de 38°, le pouls de 90. La fosse iliaque droite est douloureuse à la palpation. Au toucher, le professeur BRINDEAU trouve un utérus de 2 mois environ, rétro-fléchi. Il porte le diagnostic d'appendicite, opération le 31 juillet 1930. Incision médiane. L'utérus sous l'influence de la position déclive s'est réduit spontanément. Appendice très long, adhérent, tordu, en tire bouchon. Opération facile. La muqueuse de l'appendice est cedématisée et rouge. Pas d'ulcération ni de corps étrangers, sortie le 10 août guérie.

Observation XIII

Grossesse de 2 mois. Appendicite subaiguë. Vomissements incoercibles. Amaigrissement. Examen radiographique. Intervention. Guérison.

Mme..., Alice, troisième pare, âge de 18 ans, entre à l'Hôpital le 25 mai à 9 heures 45.

Premières règles à 13 ans, antécédents : rougeole, varicelle dans l'enfance, avortement de 1 mois 1/2, suites normales. La malade enceinte de deux mois, les dernières règles datent du 11 au 16 mars. Au mois d'avril elle continue son travail mais elle vomit quelquefois le matin à jeun un peu de bile. Vers le milieu d'avril elle vomit tout ce qu'elle vient d'absorber. Un état nauséux persistant toute la journée cependant moins intense qu'actuellement. Cet état s'accroît. La malade vomit actuellement 10 à 25 fois par jour à chaque gorgée d'eau et même en dehors de tout essai d'alimentation. Elle accuse de plus des brûlures gastriques. A ces troubles gastriques, il faut ajouter une constipation opiniâtre. La malade reste parfois trois à quatre jours sans aller à la selle. Actuellement on se trouve en présence d'une femme pâle, amaigrie (de 71 kg. en février elle est passée à 66 kg), quoique conservant encore de l'embonpoint, présentant un léger subictère. Les urines sont peu abondantes (1/2 litre en 24 heures), foncées, contiennent de l'urobiline et des corps acétoniques (acétone). Le pouls est à 100, la température à 37°. A l'examen grossesse de 2 mois et demi, point douloureux appendiculaire très net. Diagnostic confirmé par la radio. La malade continue à maigrir. Elle tombe à 54 kg., température 38°8, pouls 100. Le 19 juin on intervient. Incision dans la fosse iliaque, très près de l'épine iliaque. On arrive directement sur le cæcum. L'appendice est gros, épais, en point d'interrogation, il est en outre congestionné, opération facile, le moignon saigne un peu.

Ouverture de l'appendice la muqueuse est infiltrée de sang, pas de corps étrangers, sortie le 5 juillet. La malade est guérie.

Observation XIV

Grossesse de 6 semaines. Trois crises d'appendicite antérieures. Appendicite chronique. Intervention. Guérison.

Mme..., Andrée primipare âgée de 22 ans se présente à la consultation de Tarnier le 14 février 1931.

Elle vient consulter pour douleurs généralisées mais peu intenses de tout l'abdomen.

L'interrogatoire révèle des antécédents assez chargés : trois crises d'appendicite assez nettes avec douleurs, vomissements, mais semble-t-il pas de température. Première crise à 18 ans, seconde à 20 ans, la dernière au mois de juillet 1930. Les dernières règles remontent du 10 au 15 janvier 1931. Depuis cette époque la malade accuse de l'inappétence, des vomissements, pas de température. Le Professeur Vaudescal porte le diagnostic d'appendicite et grossesse de 6 semaines. La femme entre le vendredi 19. Le 19 intervention. Avant l'opération l'examen de l'abdomen montre une paroi souple, tendue, non douloureuse. Le toucher met en évidence un utérus en anté-flexion, augmenté de volume, bien mobile, manifestement gravide. Rien dans les culs de sacs, température 38°, pouls 85. A 12 heures 30 incision de MAC BURNEY. L'appendice ne semble pas malade mais long. Aucune adhérence. Résection facile, ligature du méso, enfouissement du moignon après thermo-cautérisation.

La malade sort guérie le 2 mars.

Observation XV

Femme ayant présenté une crise d'appendicite avant sa grossesse. Une deuxième au début de la gestation. Surveillance jusqu'au terme. Accouchement normal.

Mme V..., Marguerite âgée de 26 ans, a présenté au début de sa grossesse une petite crise d'appendicite. Elle vient consulter pour la première fois à Tarnier le 20 décembre 1930. Premières règles à 13 ans, toujours régulières mais douloureuses, durée six jours. Antécédents : premières crises d'appendicite en 1929. Deuxième crise légère au mois de juillet 1930, au début de sa grossesse. Ne souffre plus actuellement. Le 6 février 1931 le Professeur VANDESCAL inscrit, grossesse de 7 mois 1/2, bon état, petit régime.

Le 17 mars 1931 grossesse de 8 mois 1/2 normale mais appendice à surveiller pendant le travail. La malade est admise au dortoir le 27 mars 1931, à 4 heures 50.

Présentation O.I.G.A. dilatation cinquante centimes, membranes intactes BDC. bons ; à 8 heures 30 tête engagée, dilatation grande.

13 heures 15 tête profondément engagée, dilatation presque complète, BDC +, membranes rompues.

16 heures 5 accouchement naturel, garçon vivant, pesant 3. 750 grammes. 16 heures 25 délivrance naturelle complète. placenta 750 grammes. Les suites de couches sont normales, la malade sort guérie le 7 avril 1931.

Observation XVI

Grossesse de quatre mois. Appendicite subaiguë. Intervention. Guérison.

Mme M..., Clara, âgée de 19 ans primipare entre à la clinique Tarnier le 23 juillet 1932.

A l'examen on constate une défense appendiculaire nette,

grossesse de 4 mois. Le 24 intervention. Incision un peu au-dessus du point de MAC BURNEY, traversée de la paroi musculaire. On arrive un peu en dedans du carrefour aponevrotique. A l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide citrin. L'appendice est peu malade mais très long, ablation sans enfouissement. On peut constater par l'incision qu'il n'y a pas de lésion annexe du côté droit. Fermeture de la paroi en trois plans. 4 centigrammes de morphine par jour. La malade sort guérie le 9 août 1932.

Observation XVII

Grossesse de deux mois. Vomissements incoercibles. Appendicite chronique. Intervention. Guérison.

M. L..., Louise primipare âgée de 25 ans entre à Tarnier le 4 mai 1933. La malade se plaint depuis 1 mois de vomissements affectant un peu le type incoercible et de constipation opiniâtre. A la palpation de l'abdomen on décèle une douleur appendiculaire nette. Au toucher, l'utérus augmenté de volume en antéflexion gravidique de deux mois environ. Intervention le 5 mai à 11 heures. Anesthésie au Schleich. Incision dans la fosse iliaque droite. On arrive directement sur le cœcum qui est adhérent au niveau de la base de l'appendice. Celui-ci est vertical, tombant vers le détroit supérieur très adhérent. Opération difficile. A l'examen de la pièce on constate que l'appendice est congestionné, rempli de matières et présente un rétrécissement à 1/2 cm. au dessus de l'extrémité mais on n'y trouve pas de calcul. Huile camphrée, morphine pendant deux jours toutes les heures. La malade sort guérie le 4 mai 1932.

Observation XVIII

Nombreuses crises douloureuses dans la fosse iliaque droite avant la gestation. Grossesse de deux mois, appendicite subaiguë. Intervention. Guérison.

Mme H..., Edith, secondipare âgée de 25 ans entre dans le service le 24 janvier 1934.

La malade a été réglée à 13 ans. Elle a eu un premier accouchement en 1930, petite fille vivante en bonne santé. Ses dernières règles datent du 1^{er} au 4 septembre 1933. En 1925, première crise douloureuse abdominale, point douloureux assez haut et hépatique avec irradiation vers les cuisses. On porte le diagnostic d'appendicite. Par le repos (la glace sur le ventre) ces phénomènes diminuent et la malade refuse de se laisser opérer. Depuis cette époque et surtout depuis sa grossesse de 1930 la malade a des crises douloureuses survenant tous les six semaines à 2 mois. En janvier 1933 nouvelles crises très douloureuses avec vomissements, ballonnement du ventre, céphalée, mais peu de constipation. La malade est alors enceinte de deux mois. Elle vient consulter pour sa grossesse. On constate un point appendiculaire très net. L'appendicectomie est décidée.

Intervention le 25 janvier 1934. Anesthésie générale. Incision dans la fosse iliaque. On cherche le cœcum mais en vain. On est obligé d'agrandir l'incision vers le haut et en écartant légèrement la paroi abdominale on finit par apercevoir la pointe de l'appendice qui remonte jusqu'au foie. L'autre extrémité s'insère sur un cœcum complètement collé à la paroi postérieure de l'abdomen. Section du méso, de la pointe vers la base, résection de l'appendice le plus près possible du cœcum. Opération très difficile. A noter qu'au moment de l'incision de l'abdomen la trompe et l'ovaire droit sont précipités en dehors. Petit drain sous la peau, morphine toutes les six heures pendant quatre jours. La température se maintient à 38°6, pendant deux jours puis retombe à 37, pouls entre 85 et 95. La malade sort guérie le 23 février 1934.

Observation XIX

Grossesse de 2 mois. Appendicite subaiguë. Intervention. Guérison.

Mme H..., Francine primipare âgée de 22 ans entre à Tarnier le 9 décembre 1934. Antécédents : père mort de bacilliose, scarlatine, diphtérie à 8 ans. Dernières règles du 27 octobre 1934. Deux crises d'appendicite subaiguë, complètement refroidie. La dernière il y a 12 jours sans température ni vomissements. A l'examen on trouve un utérus de 1 mois 1/2 à 2 mois. Intervention le 10 décembre 1934 à 12 heures 50.

L'incision n'a pas été assez prolongée en dehors du cœcum et est de ce fait assez difficile, ligature du méso appendice au catgut enfouissement au fil de lin. Réfection de la paroi en 3 plans, agrafes sur la peau.

2° OBSERVATIONS DUES A LA BIENVEILLANCE DE NOTRE MAITRE M. LE DOCTEUR ROBERT DIDIER, *Chirurgien de l'Hôpital Pean.*

19 gestations sur 1977 appendicites opérées chez les femmes de 16 à 55 ans (1919-1935).

Observation XX

Grossesse de 3 mois. Appendicite subaiguë. Intervention. Guérison. Accouchement normal à terme.

Mme M..., Germaine 24 ans. Appendicite et grossesse 3 mois. Température 38°5, tous les soirs. Opérée le 6 juin 1921. Chloroforme. Incision de Walther. L'utérus apparaît dans l'incision, on le refoule doucement, on incline la table latéralement et on enlève un appendice externe gros,

pâteux, turgescents, très vascularisés, pliés en deux. Enfouissement, péritonisation, paroi en trois plans, sans drainage, suites normales, accouchement à terme.

Observation XXI

Grossesse de 4 mois. Appendicite aiguë. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme de P..., Marie 28 ans.

Appendicite et grossesse 4 mois. Opération 15 mars 1922. Chloroforme, laparotomie médiane, utérus gravide. Le cœcum est distendu, appendice épais, rétrocaecal, étranglé en son milieu par une bride, un volumineux calcul stercoral à son extrémité, enfouissement, paroi sans drainage, suites normales, accouchement à terme.

Observation XXII

Grossesse de 3 mois. Appendicite aiguë. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme M..., Marie 34 ans.

Appendicite et grossesse 3 mois.

Opération 14 novembre 1922, chloroforme (en présence du Docteur DUBRISAY). Incision de Walther, appendice très long, épais, enflammé, méso-gras, enfouissement, 3 plans, sans drainage, accouchement à terme.

Observation XXIII

Grossesse de 4 mois. Appendicite aiguë. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme C..., Katerauna 22 ans.

Appendicite et grossesse 4 mois. Opération 6 juillet 1924, chloroforme, incision de M.B., appendice long, épais, méso-

gras. L'appendice est rempli de pus à son extrémité. Enfouissements 3 plans sans drainage, accouchement à terme.

Observation XXIV

Grossesse de 4 mois 1/2. Appendicite aiguë, intervention. Décès 12 jours après d'urémie.

Mme B..., Iris, 27 ans.

Appendicite aiguë et grossesse 4 mois 1/2, 9 décembre 1924, chloroforme, appendice enflammé rétrocoecal. Les suites ont été normales mais la malade est morte d'urémie le 21 décembre. Il est possible qu'elle ait présenté des lésions rénales antérieures, l'opération urgente n'ayant pas permis de l'étudier et l'autopsie n'a pu être faite.

Observation XXV

Grossesse de 2 mois. Appendicite subaiguë. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme C..., Camille 34 ans.

Appendicite et grossesse 2 mois. Trois crises assez aiguës, la dernière en septembre 1926. Opération 14 décembre 1926, chloroforme, laparotomie médiane. On écarte l'utérus gravide et on enlève un appendice rétrocoecal très adhérent.

Appendicite et grossesse 2 mois. Trois crises assez aiguës, la dernière en septembre 1926. Opération 13 décembre 1926. Chloroforme. Laparotomie médiane, on écarte l'utérus gravide et on enlève un appendice rétrocoecal très adhérent enfouissement, 3 plans sans drainage, accouchement à terme.

Observation XXVI

Grossesse de 7 mois. Appendicite aiguë. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme M..., Jeanne 25 ans.

Appendicite et grossesse 7 mois. Opération 22 février 1928, chloroforme. Incision de Walther, ascite. On est très gêné par l'utérus qui saille dans la plaie. On enlève un énorme appendice rétrocécal, long, adhérent. Enfouissement, trois plans sans drainage. Suites normales, accouchement à terme.

Observation XXVII

Grossesse de 3 mois. Appendicite subaiguë. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme R..., Simone 20 ans.

Appendicite et grossesse 3 mois. Opération 8 mars 1928, chloroforme. Incision de M.B. que l'on doit agrandir car on trouve un cœcum fixé, un appendice rétrocécal entouré de brides, difficile à mobiliser, remontant en haut jusqu'au voisinage du foie. On le sectionne à la base d'abord puis, de proche en proche jusqu'à son extrémité, enfouissement, 3 plans sans drainage, suites normales et accouchement à terme.

Observation XXVIII

Grossesse de 3 mois. Appendicite subaiguë. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme D..., Thérèse, 34 ans.

Appendicite et grossesse 3 mois. Opération 1^{er} juin 1929. Chloroforme. Laparotomie médiane. Appendice long, épais, rétrocécal. Section bistouri, enfouissement 3 plans, sans drainage, suites normales, accouchement à terme.

Observation XXIX

Grossesse de 3 mois. Appendicite aiguë. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme R..., 26 ans.

Appendice et grossesse 3 mois. Opération 6 février 1930. chloroforme. Incision de M.B., appendice long, épais, interne, plaqué contre l'utérus gravide. enfouissement. 3 plans sans drainage. S.M. accouchement à terme.

Observation XXX

Appendicite et grossesse de 5 mois. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme L..., Renée 21 ans.

Appendicite et grossesse 5 mois. Opération 27 mars 1930. chloroforme. Incision de M.B. Appendice long, épais, adhérent, entouré de voiles membraneux, écrasement, enfouissement, 3 plans sans drainage, suites normales, accouchement à terme.

Observation XXXI

Grossesse de 4 mois. Appendicite subaiguë. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme C..., Andrée 29 ans. Appendicite et grossesse 4 mois. Opération 1^{er} août 1932. Baisoforme, laparotomie médiane. Appendice long, rétroccœcal, très adhérent. enfouissement. 3 plans sans drainage. Suites normales, accouchement à terme.

Observation XXXII

Appendicite aiguë. Grossesse de trois mois. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme L..., Marie, 38 ans. Appendicite et grossesse 3 mois. Opération 4 octobre 1932, balsoforme. Incision de M.B., appendice rétro-cœcal, rouge, enflammé, épais à sa base, écrasement enfouissements 3 plans sans drainage, suites normales.

Observation XXXIII

Appendicite au début de la grossesse. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme T..., Lucie 32 ans.

Appendicite et grossesse 2 mois. Opération 6 avril 1933. Chloro-Kelène, incision de M.B., appendice long, épais, enflammé, écarté, enfouissement et 3 plans sans drainage. Accouchement, novembre 1933 d'un garçon de 7 livres.

Observation XXXIV

Appendicite rétro-coecale. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme G..., Jeanne 25 ans. Appendicite et grossesse trois mois. Opération 6 juillet 1933, chlorokélène plus éther. Laparotomie médiane, utérus gravide-ovaire droit kystique. On enlève une appendice long et enflammé interne et rétro-cœcal, écarté. enfouissement, 3 plans sans drainage, accouchement à terme.

Observation XXXV

Grossesse de 3 mois. Appendicite subaiguë. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme P..., Marie-Rose 25 ans, appendicite et grossesse 3 mois. opération 8 août 1934, balsoforme. Incision de M.B. appendice interne haut situé, long, épais, à méso court, écart. enfouissement, 3 plans, sans drainage, soie. Suites normales, accouchement à terme.

Observation XXXVI

Appendicite au début de la grossesse (2 mois). Intervention. Guérison.

Mme G..., Madeleine, 25 ans. Appendicite et grossesse deux mois. Opération 18 décembre 1934. Schleich. M.B. Appendice rétrocaecal, long, rouge, épais, rempli de pus, écart. enfouissement, 3 plans sans drainage. Les suites ont été normales mais la malade prise de vomissements incoercibles est revenue 15 jours après sa sortie, elle a dû être hospitalisée de nouveau ; après un traitement approprié tout est rentré dans l'ordre et actuellement la grossesse continue normalement.

Observation XXVII

Grossesse de 2 mois. Appendicite aiguë. Intervention. Guérison, accouchement à terme.

Mme C..., Julia, 22 ans. Appendicite et grossesse 2 mois. Opération 14 mars 1935. Schleich. M.B., appendice interne plié en deux, rouge, adhérent, rempli de pus à son extrémité section bistouri, écart. enfouissement, 3 plans sans drainage. La grossesse continue normalement.

Observation XXVIII

Grossesse de 3 mois. Appendicite aiguë. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme G..., Lucienne 23 ans. Appendicite et grossesse 3 mois. Opération 18 décembre 1934. Schleich, M.B. Appendice rétrocœcal, long, épais, rouge, extrémité remplie de pus, écrasement, enfouissement, 3 plans, sans drainage, suites normales. La grossesse continue, la malade vue le 15 mars 1935 est en parfait état.

Observation XXXIX (Docteur Armand Brunet)

Grossesse de 2 mois. Appendicite chronique. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme V..., Lucienne 20 ans. Appendicite et grossesse deux mois. Dernières règles le 15 février 1934, douleurs localisées à la fosse iliaque droite, nausées vomissements, malaises, migraine, 38° le soir. Appendicite. Diagnostic. confirmé à l'examen radiologique. Opération 24 mai 1934. chloroforme. Incision de M.B., appendice rétrocœcal interne, enflammé, légère ascite, écrasement, enfouissement, 3 plans sans drainage, suites normales, accouchement le 5 décembre 1934, d'un enfant de 3kg. 760 après un travail de 4 heures.

Observation XXXX

(Docteur Riche).

Grossesse de 4 mois. Appendicite aiguë. Intervention. Guérison. Accouchement à terme.

Mme B..., Fernande 18 ans.
Appendicite et grossesse 4 mois.

Opérée le 5 décembre 1921 à l'Hôpital Tenon.

Appendicectomie par incision latérale.

Suppuration de la paroi consécutive.

Accouchement à terme.

3° OBSERVATIONS DUES A L'AMABILITE DE
NOTRE MAITRE M. LE PROFESSEUR AGREGÉ
VAUDESCAL.

Observation XXXXI

Appendicite subaiguë chez une primipare. Grossesse de 5 mois. Accouchement difficile à terme.

Mme P..., primipare, âgée de 25 ans. Dernières règles 30 juin 1934. Vue le 1^{er} décembre 1934. Enceinte de 5 mois. Bruits du cœur perçus. Il y a 8 jours, crise douloureuse violente dans la partie droite de l'abdomen, accompagnée de vomissements et se prolongeant 48 heures. Pas de fièvre.

Sensibilité très marquée de la partie externe de la fosse iliaque droite. Légère contracture abdominale.

Urine claire sans albumine, réaction à la liqueur de Fehling douteuse.

Intervention le 6 décembre 1934 (Docteur de Beaufon). Incision de Walther, la trompe se présente à l'ouverture du péritoine, elle est saine. L'appendice est facilement repéré, il est mobile, pâle et court et présente des lésions chroniques en voie d'évolution subaiguë (il existait un peu de sérosité à l'ouverture du péritoine).

Section première du méso, puis de l'appendice avec enfouissement du moignon.

Fermeture de la paroi en trois plans, fil de lin, suite opératoire sans incidents.

La malade est revue le 3 janvier 1935, le 28 février et

le 23 mai en très bon état. Le 20 avril 1935, elle accouche difficilement. Siège décomplété, mode des fesses d'un enfant de 4 kg. 150.

Suites de couches sub-fébriles, sort en bon état de la clinique le 14^e jour, cicatrice opératoire parfaite.

Observation XXXXII

Grossesse de 7 mois 1/2. Appendicite aiguë. Accouchement normal à terme.

Mme de V..., enceinte de 7 mois 1/2 n'a présenté ni avant ni pendant sa grossesse aucun symptôme d'appendicite. C'est une constipée chronique aggravée encore par son état actuel. Se trouvant aux environs de Paris, elle est prise de douleurs abdominales violentes accompagnées de vomissements. Un médecin appelé déclare que le travail de l'accouchement est commencé. Appelé en consultation, le Docteur Vaudescal constate qu'il n'y a aucun effacement du col et que les douleurs ne correspondent aucunement à des contractions utérines. Elles sont localisées au côté droit de l'abdomen avec prédominance dans l'espace costo-iliaque et s'accompagnent de contracture de la paroi.

La température est de 38°5, le pouls à 84. Le transport à Paris est ordonné et la malade est confiée au Docteur Gatellier qui confirme le diagnostic d'appendicite aiguë.

Les urines ne contiennent ni pus ni albumine. La malade est opérée 6 heures après avoir été examinée par le Docteur Vaudescal. L'appendice est du volume du pouce, rouge et adhérent à la paroi postérieure.

Appendicectomie et drainage. La malade sort guérie de la clinique le 12^e jour. Elle accouche six semaines après sans incidents d'un enfant normalement constitué.

Suites de couches fébriles. Phlébite le 14^e jour. Guérison.

4° OBSERVATION DUE A L'AMABILITE DE NOTRE
MAITRE M. LE DOCTEUR BESSET, *Chirurgien de
l'Hôpital Pean.*

Observation XXXXIII

(*Observation de M^{rs} les Docteurs Beurnier et Besset 1911.*)
Grossesse péritonéale de 3 mois. Guérison.

Malade enceinte de 3 mois 1/2, présente des signes d'appendicite aiguë, (points douloureux sous hépatique, température, vomissements). Intervention. Incision de JALAGUIER. Par l'incision on trouve un pied de fœtus de 4 mois environ. Une laparotomie médiane pratiquée secondairement permet de constater que l'on se trouve en présence d'une grossesse péritonéale gauche (tête sous le foie, cordon ombilical reliant le fœtus à l'ovaire gauche). Absence de signes d'hémorragie dans l'histoire clinique.

Extraction du fœtus mort. Appendice sain, paroi en 3 plans. Guérison.

5° OBSERVATION DUE A L'AMABILITE DE NOTRE
MAITRE LE DOCTEUR ROCHE, *Chirurgien de l'Hôpital
Pean.*

Observation XXXXIV

*Appendicite aiguë. Grossesse de 2 mois 1/2. Intervention.
Accouchement à terme.*

Mme F..., âgée de 20 ans, primipare est enceinte de deux mois 1/2. Depuis le 27 janvier 1933, la malade présente une crise appendiculaire aiguë (avec points douloureux dans

la fosse iliaque droite, température 38°5, pouls à 90, vomissements).

Vue le 29 janvier 1933, 36 heures après le début, la malade est opérée immédiatement. Incision de JALAGUIER, l'ouverture du péritoine montre une légère sérosité, un appendice rouge, long, renflé à son extrémité, étranglé à sa partie moyenne. Résection de l'appendice, enfouissement, paroi en trois plans. Guérison.

6° OBSERVATION DUE A L'AMABILITE DE NOTRE
MAITRE M. LE DOCTEUR BOMPART *Chirurgien*
de l'Hôpital Péan.

Observation XXXXV

Grossesse de 3 mois. Appendicite chronique. Intervention.
Guérison.

Mme L..., âgée de 23 ans, est enceinte de 3 mois. Opération le 10 janvier 1934. Chlorokélène, éther. Incision de JALAGUIER. Appendice long, adhérent. Lésions chronique, rétrécissement à la partie moyenne, écrasement, section au bistouri, enfouissement. Suites opératoires normales. Guérison. La malade accouche normalement à terme.

CONCLUSION

De ce court travail, il faut retenir que :

1° L'appendicite est rare chez la femme enceinte (1 appendicite sur 2.000 grossesses, 1 grossesse sur 100 appendicites). Elle survient chez la femme jeune. La fréquence décroît assez régulièrement du début jusqu'à la fin de la grossesse.

2° La grossesse ne favorise pas l'apparition d'une appendicite chez une femme exempte d'antécédents appendiculaires, mais elle est un facteur de récurrence de crises antérieures.

3° Le diagnostic est souvent extrêmement difficile. Il faut penser à faire le diagnostic surtout avec la pyélite, la grossesse extra-utérine, la salpingite, l'occlusion intestinale ou si la femme vient d'accoucher avec l'infection puerpérale compliquée de salpingite.

4° Quand au traitement, il faut intervenir dans presque tous les cas. Le chirurgien appelé dans les 36 premières heures doit intervenir immédiatement. Après 36 heures certains auteurs préfèrent attendre le refroidissement. Dans les cas graves il faut tou-

jours opérer. En somme il n'existe pas de chirurgie spéciale de l'appendicite chez la femme enceinte.

Retenons surtout, que, du fait de la grossesse, l'indication opératoire dans l'appendicite aiguë est plus absolue.

Vu, le Doyen,
ROUSSY,

Vu, le Président de la Thèse,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Abrahams.** — *Américan J. Of. Obst.* t. XXXV, 1897, p. 205.
- Alfonsi.** — *Appendicite gangréneuse et grossesse.* (Soc. d'Obst. et de Gyn. de Toulouse. Bull. d'Obst. p. 825, 1921).
- Amo.** — *Appendicite et grossesse.* (Arch. de med. cir. y. esp. t. XXXIV, n° 45, 7 novembre 1931, p. 1021).
- Anderosias et Villar.** — *Péritonite d'origine appendiculaire trouvée au cours d'une laparotomie pour rupture utérine,* (Bulletin Soc. d'Obst. et de gynécologie, Bordeaux, n° 5, mai 1930, p. 349).
- Baer, Reis et Arens.** — *Appendicite et grossesse, changements de position et d'axe de l'appendicite normal dans la grossesse.* (The Journ. Amer. Med. Assoc. n° 16, 15 avril 1932, p. 1359-1364).
- Baptiste.** — *De l'appendicite dans la puerpéralité,* thèse de Lyon, 1899.
- Bar.** — *La pratique de l'art des accouchements.* t. II.
- Bazala (V.).** — Five cases of interstitial pregnancy (Lijecn-vjes, 54. 364-367, 1932).
- Binet et Job.** — *Une obs. d'app. et grossesse à terme.* (Bull. soc. obst. et gyn. 1914, p. 725).
- Boije.** — *Mittel aus der Klinik Von Engstroem in Helsingfors,* 1903. Bd. V.H. 1.
- *De l'appendicite* (Zentralblatt f. gyn. 1903. n° 39, p. 1266

- Bohler (E.).** — *Appendicite et grossesse* (Strasbourg, Med. 90, 631, 15 octobre 1930).
- Bonnet.** — *Appendicite aiguë et inondation péritonéale.* (Ann. gyn. et obst. 1925, t. II, p. 36-47).
- Bouilly.** — CR. de la Soc. d'Obst. gyn. et Ped. Paris, 1899.
- Bouiller.** — *De l'appendicite pendant la grossesse.* thèse de Lyon 1897.
- Brindeau.** — *Leçon du jeudi Tarnier, 1927, appendicite et gestations.* (Journal des praticiens 1910, p. 326-328).
- Brindeau et Jeannin.** — Bull. de la société d'obst. de Paris 1909. XII, p. 169. appendicite et gestation. (Journal des praticiens 1910). Annales de gynécologie 1910, p. 238.
- Burtos-Moron.** — *Appendicite et grossesse.* (Prens. Med. argent. 20 mai 1927, p. 1157).
- Capecchi.** — *Incondazione peritoneale da gravidanza extra uterina in opera di empiema dell' appendicete in 10 a giornata.* (Cli. Obst. n° 7 juin 1927, p. 369).
- Carnelli (R.).** — *Sette casi di appendicite in gravidanza.* (Clin. Obst. 32. 78. Fe. 1930).
- Caturani.** — *Appendicite et grossesse.* (Arch. Ital. di ginee. Naples. 1933).
- Chaput.** — *Appendicite et grossesse.* (Thèse de Bordeaux. 1922-1923).
- Coche-Mason.** — *Césarienne et appendicectomie à la fin de la gestation* (Journal américain. assoc. 1910. B.D. 75. n° 2, p. 95).
- Condachi.** — *Appendicite a gravidanza* (Riforma med. 45. 542 April, 20, 1929).
- Cooke.** — *App. compliquant la gestation.* (New-York médical p. mai 1909, p. 390-394).

Cotte et Gonnet. — *Péritonite aiguë d'origine appendiculaire au 7^e mois. Evacuation par procédé de Delmas.* Bull. d'Obst. de Lyon, 1929. n^o 3. p. 54.

Cotte, (G.), Heitz (J.). — *Sur le traitement de l'appendicite aiguë dans les trois derniers mois de la grossesse.* (Rev. Franc. de gyn. et d'obst. 24. 679. novembre 1929).

Croisier. — C.R. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. et de Ped. de Paris. Avril 1903. App. et vomissements incoercibles, (Soc. Obst. de Paris. Avril. 1903).

Croste. — *L'appendicite au cours de la grossesse.* Thèse. Paris. 1906.

Crutcher. — Medical record. 1896. p. 461.

Curat, (R.), Lasalz (J.A.). — *Appendicitis ciguday embarazo peritonis generalizada post. parto. obstruccion intestinal post operatoria.* (Semana Med. 1994. April 1931).

Delagenière. — *Vomissements incoercibles et gest.* (Gazette de gyn. Mai 1914). Archives provinciales de chir. novembre 1913.

Delbet (P.). — *Traitement des appendicites par le sérum antigangréneux de Weinberg.* (29 cong. de l'Ass. Franç. de Chir. Paris, 4-9, 10-20 Gaz. des Hôp. civil et Milit. S., 1601, 1920).

Demelin-Devraigne. — *Appendicite et gestation* (Manuel de l'accouch. Paris, 1924, p. 503).

Dervaux. — *Appendicite suppurée au 5^e mois de la grossesse, avortement et guérison.* (Bull. et des Soc. d'Obst. et de gyn. 1928, p. 728).

Dexeus (S.), Font (E), Gil, Vernet. — *Observaciones de apendicitis coexistiendo con estados gravidos.* (Rev. Med. de Barcelona 15-411, May, 1931).

Dieulafoy. — Clin. med. de l'Hôtel Dieu. 1897. 98. t. II, 16^e leçon.

Dubrisay. — *App. des suites de couche.* (Bull. soc. Obst. et de Paris. 1901.

Ducuing, Guilhem. — *Perforation appendiculaire au 4^e mois de la grossesse appendicectomie. pus libre dans le ventre; fermeture sans drainage guérison avec continuation de la grossesse.* (Bull. Soc. d'Obst. et de gyn. 18. 665, 8 novembre 1829).

Falk. — *Difficultés du diagnostic de l'appendicite pendant la gestation.* (Ann. gyn. et Obst. avril 1900, p. 402-403).

Favreau (M.). — *Appendicite et grossesse.* (Journ. des Soc. Med. de Lille 15 décembre 1929, n^o 50, p. 464).

Favreau-Chaput. — *Appendicite et gestation* (Progrès médical, 21 mars 1923, p. 133).

Fellner. — *Soll man vor der Appendicitis operation die schwangerschaft beenden oder nicht ?* (Therap. d. gegen. Berlin, 1906. XLVI p. 542).

Filachet. — *Appendicite et grossesse.* Thèse, de Lille. 1922).

Filhastre. — *Appendicite et grossesse diagnostic. Indications opératoires, technique et résultats.* (Thèse, Bordeaux, 1929-30).

Froelich. — *Appendicite compliquant la grossesse* (4 obs.). (Bull. Soc. Obst. Gyn, 1914, p. 727).

Fraenkel. — *Die appendicitis in ihren Beziehungen zur geburtshülfe und gynekologie.* Sammlung klinisch Vorträge von R von Wolkmann nuce folge n^o 229, (1898).

Fueth. — *Weber das Zusammen treffen von gravidität mit Appendicitis und typhlitis* arch fur gyn. (Bd. 76, H. 3. 1905).

Garcia Amo (P.). — *Appendicitis en el ambarazo* (Rev. Espan. de Obst. y. gyn. 17 III-118, mars 1932 .

- Giulo Delli Colli.** — *Ematosalpinge destra torta sul peduncolo simulante un appendicite complicante gravidanza al VII ese circa.* (La clin ost. fasc. II, novembre 1928. p. 812).
- Givia (T.).** — *Peritonitis generaliza da purulenta por apendicitis aguda y embarazo de ocho meses y medio. Operacion appendicectomy curacion.* (Semana Med. I. 12 janvier, I. 1931).
- Glottain.** — *Appendicite et gestation.* (Thèse, Paris, 1915).
- Grattan.** — *App. calculeuse compliquant le travail.* (Ann. gyn. et obst. de Paris, 1920, p. 300).
- Gueniot.** — *Drainage de l'appendicite à chaud pendant les derniers mois de la gestation.* (Bull. Soc. d'obst. et gyn. 1920, p. 7).
- Hall (H.).** — *App. durant gestation.* (Amer. J. of obst. New-York, p. 787).
- Hartmann.** — *Appendicite pendant la gestation, mort rapide après l'accouchement par péritonite.* (Bull. des Soc. d'Obst. et de Gyn. 1929. n° 6, p. 429).
- Hepp.** — Bull. Soc. de l'Int. des Hôpitaux, Paris, 1911.
- Hergott.** — *App. et accouchement.* (Ann. gyn. et Obst. de Paris, 8 août 1900), p. 151-51.
- Hilton.** — *Appendicite compliquant la gestation.* (Surg. gyn. and. obst. Chicago, 1907).
- Hirst.** — *Appendicite et grossesse.* (Text. book. of. obst. Philadelphie. 1912, ed. 7).
- Iarca.** — *Contribution à l'étude de l'appendicite pendant la grossesse,* thèse, Paris, 1898.
- Jahier, Laffont (J.).** — *Deux cas d'appendicite aiguë au cours de la grossesse* (Algérie Med. août 1930).

- Jeannin et Levant.** — *Appendicite à chaud et grossesse de 5 mois.* (Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, 1911, p. 473.
- Jerlov (E).** — *Ueber appendicitis Während der graviditat und. im. puerpérium.* (Klin, studiehels 1925, Mercators tryckeri aktiebolag).
- Kleinknecht et Tassovatz (S.).** — *Du traitement de l'appendicite aiguë au cours de la grossesse.* (Strasbourg, Méd. n° 13, mai 1933).
- Komarek (V.).** — *Appendicite au tubal abortion.* (Rozhl, v., chir. a. gynaekcâst. II. 112-116, 1932).
- Kœnig.** — *App. und. geburtskûlfe.* (Beitrage zur. geb. u. gyn. Bd. II, 1900).
- Korn.** — Ref Zentralbt fur gyn. 1885, p. 28.
— *Veber die komplikation von schwangerschaft mit perityphilitis.* (Mund. Med. Wochentschr. 1904, p. 251).
- Lardennois.** — *App. et gestation. Discussion sur le drainage*
Bull. Soc. obst. et gyn. 1911, p. 527-530.
- Ledoux-Lebard.** — *L'étude radiologique de l'appendice.*
(Bull. et Mem. de la Soc. de radiol. med. de France, J.G. II, p. 197, Ref. Z.O.G.F. ges. chir. 1923).
- Legendre.** — Rev. Obst. 1897, n° 112, p. 200.
- Le Jèmtel.** — *Appendicite et grossesse à terme.* (Bull. et mém. de la Soc. Nat. de chir. t. LVIII n° 11, 16 avril 1932, séance du 6 avril 1932.
- Lemeland.** — *L'appendicite au cours de la puerpéralité*
(La med. inter. mai 1929).
- Lemeland et Risacher.** — *Sur la tension permanente de l'utérus.* (Bull. soc. d'obst. et gyn. 1926).
- Lindner.** — Archives gyn. de Berlin 1907, Bd. L. XXII, p. 17 in annale gyn. et obst. de Paris. 1907, p. 749-53.
- Loevy.** — *Appendicite et grossesse et syndrome de Basedow.*
(Bull. et mem. soc. chirurg. de Paris. 1926, p. 516).

Marburg (W.B.). — *Appendicitis in pregnancy.* Ap. Surg 19, 437-4431. March. 1933.

Mac Arthur. — *Americain of obst.* 1895, p. 185.

Manclaire. — CR de la Soc. d'obst. et de gyn. et de Ped. de Paris. t. VI, 1904.

Marx. — Med. Rec., 1896, p. 401. *Americain I. J. of obst.* 1898.

Masse (L.), Rivière (M.), Dubroca. — *Appendicite et grossesse.* (Bull. soc. d'Obst. et de gyn. Bordeaux, p. 345, mai 1929).

Maygrier. — Académie Médecine 1904, 21 février.

Michel, Guibal. — *Appendicite et grossesse.* (Bull. des soc. d'obst. et de gyn. Nancy, 1929, n° 3, p. 261).

Miller (G.). — *Appendicitis complicating pregnancy.* (Med. Journ. and record May, 1928).

Michel. — *Appendicite des suites de couches.* Rev. Med. de l'Est. Nancy, vol. 38 p. 257.

Monod. — C.R. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. et red. de Paris, E.V. 1904.

Muller. — *Grossesse avec deux crises d'appendicite. Opération. Guérison, accouchement à terme.* (Bull. et Med. de la Soc. des chir. de Paris, 20 déc. 1929, p. 811).

Muller (Paul). — *Appendicite et grossesse.* (La clinique novembre 1932).

Munde. — Med. Rec. 1894, p. 678, 1895, p. 609.

Otto Falk. — Central Black fur gynek. 1896, n° 17 et 1900. n° 7 p. 163.

Oui. — C.R. de la Société d'Obst. et gyn. et de ped. Paris. 1903.

Pancoast. — *Theroentgenologic aspect of chronic appendicitis* (Arch. of surg. BD. 6, p. 85. REF. Z.O.G.F.GES. Chir. Etc. 1923).

- Pankow.** — *Les causes du mauvais pronostic de l'appendicite au cours de la grossesse et leurs conséquences thérapeutiques.* (Arch. F. Gyn. fasc. I. 6. 1928. Anal. par Mocquot. In Journ. de chirurg. Juin 1928, p. 886).
- Pauchet.** — *Appendicite et grossesse et syndrome de Basedow* (Bull. et mem. soc. des chirurg. de Paris. 1925, p. 517).
- Penard.** — *Appendicite de la femme enceinte* (Thèse, Paris. 1912).
- Peralta, Ramos (A.), Bello (R.).** — *El metodo Delmas en un caso de appendicitis aguda y ambarazo* (Bol. Soc. de Obst. Y. Gyn. 8. 363. Novembre 1929).
- Peres.** — *Traitement médical de l'appendicite dans la puerpéralité.* Thèse, Toulouse. 1901).
- Pery Rabere et Leuret.** — *Appendicite et gestation.* (Soc. Obst. et gyn. de Bordeaux. 15 avril 1928).
- Pery. Rocher. Favreau.** — *Appendicite pelvienne et grossesse.* (Bull. Soc. Obst. de Paris, 1921, p. 83).
- Petit (J.) et Princeteau (René).** — *Appendicite et grossesse* (Arch. méd. chir. de province N° 1, Janvier 1930, P.I.)
- Phaneuf.** — *Appendicite et grossesse. A propos de 15 observations personnelles.* (Union Med. du Canad. t. VI, n° 5, mai 1927, p. 282).
- Pigeaud (P.).** — *Contribution à l'étude de l'appendicite aigue, compliquant l'état puerpéral.* Thèse, Med. Paris. ann. 1931. Edit. Maloine. Paris.
- Pinard.** — *Clinique Obst. 1899. Nouveaux documents pour servir à l'histoire de l'appendicite dans ses rapports avec la grossesse.* (Communication à l'Académie de médecine 6 mars 1900 et dans annales gyn. et obst. mai 1900, p. 357). *De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité* (Communication à l'Académie de médecine 22 mars 1898. in annales gyn. et obst. mai 1898, p. 345-354).

- Porak et Lepage.** — Soc. Obst. et gyn. et ped. Paris. 1903.
- Porak et Schwartz.** — C.R. de Soc. d'Obst. gyn. et de péd. 1899.
- Portes, Seguy.** — *Influence de la gestation, du travail et des suites de couches sur appendicite aiguë.* (Gyn. et Obst février 1927, p. 114, janvier 1926)
- Reeb.** — *Péritonite, appendicite et gestation de 7 mois.* (Soc. Obst. et gyn. de Strasbourg, 2 février. In Bull. soc. d'obst. et gyn. de Paris. 1924, p. 224).
- Renvall.** — S. Rarger uber. Appendicitis walrend schangerschaft und geburt. Berlin, 1908.
- Rocher, Pery, Favreau.** — *Appendicite gangréneuse pelvienne et grossesse. Colpotomie, guérison.* (en collab. avec des drs. Pery et Favreau. Soc. obst. et gyn. de Bordeaux 11 janvier 1921), 8 février 1921.
- Rose (B.H.).** — Report of case of acute appendicitis complicating labor with preeclamptic toxemia (in M.J. et Rec. 135. 524-528. june 1. 1932. Am. J. Obst. et Gynec. 23. 433-434 Marcj 1932).
- Routier.** — Annales gyn. 1911. *Accidents fébriles des suites de couches non imputables à l'infection puerpérales.* (Soc. Obst. de Paris. juillet 1906, p. 152).
- Schmid.** — *Appendicite et gestation.* (Mitt. a. d. Grenzgeb d. med. u. chir. vol. 23, p. 213, 332).
- Second.** — C.R. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. red. Paris. 1899.
- Seguy (J.).** — *Les appendicites aiguës compliquant la gestation normale.* thèse, 1927, Lib. Arnette Paris.
- Schulcz (A.).** — *Acute appendicitis after childbirth.* (Gyogyzat, 773-33-34. janvier 15. 1933).
- Stöhlér.** — *Appendicite in graviditate et in puerperio.* Monasstchr. fur. Geb. U. gyn. Bd. XXVI, p. 156.

- Støhler.** — Zentrabl. fur gyn. 1909. n° 50.
- Sonnenburg.** — *Appendicite gangréneuse pendant la grossesse.* (Deutsche u Wochintchr. Berlin, 1901. XXVI p. 244).
- Stimson.** — New-York, I. 1890, p. 449.
- Szilaghi Ladislas.** — *Contribution à l'étude de l'appendicite au cours de la grossesse.* M. Vigné Edit. Paris, 1929, thèse).
- Tedenat.** — *Appendicite au cours de la gestation.* (Bull. Soc. obst. et de gyn. Paris, 1912, p. 996-891).
- Tedenat.** — *Appendicite chez la feme enceinte.* Bull. soc. d'obst. et de Gyn. de Paris, 1925, p. 237.
- Tissier et Lémeland.** — *Discussion sur l'évacuation de l'utérus avant appendicectomie.* Bull. soc. d'obst. de Paris, 1905, p. 292-86).
- Tuffier.** — Revue d'Obst. et de Ped., Paris, 1897.
- Tussau.** — *Appendicite et grossesse.* (Bull. et mem. des chirurg. de Paris. 1925, p. 276).
- Vaudescal.** — *Appendicite et grossesse.* L'Hôpital, n° 212, avril 1928).
- Vautrin.** — Annales de gynécologie, mars 1914.
- Vigouroux.** — *Appendicite et grossesse.* (Thèse, Bordeaux, 1928-1929).
- Vignes (H.).** — *Appendicite et grossesse* (La sage-femme de France, octobre 1932, n° 10).
- *Appendicite et grossesse.* (Quest., clin. d'Actualité Masson et C^{le}. édit. Paris, 1932).
- *Appendicite et gestation.* (Journ. des prat. 26 avril 1924).
- *Appendicite et vomissements gravidiques* (Prog. med. 25 juin 1927, p. 1016).

— *Appendicite et grossesse.* (La puériculture, 25 décembre 1931).

— *Appendicite et grossesse.* (Le Cong. Med. n° 43, 25 octobre 1931, 53^e année.

Vinay. — Lyon Médical, 1898, n° 1.

Wineburg. — Medical Record, 1896, p. 461.

Wiggin. — Medical Record, 1891, p. 109.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	15
Historique	17
Etiologie . Pathogénie	23
Anatomie pathologique	36
Symptomes	43
Formes cliniques	53
Diagnostic	70
Pronostic	89
Traitement	98
Observations	114
Conclusion	146
Bibliographie	148

